

Temas em Saúde Coletiva

16

O Social na Epidemiologia

Um legado de CECÍLIA DONNANGELO



Instituto de Saúde
2014
São Paulo

O Social na Epidemiologia
Um legado de CECÍLIA DONNANGELO

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500
Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

David Everson Uip

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde e diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 16 – O Social na Epidemiologia: Um legado de Cecília Donnangelo**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva
ISBN 978-85-88169-25-8

Tiragem: 2000 exemplares

O Social na Epidemiologia:**Um legado de Cecília Donnangelo****Organização**

José da Rocha Carvalheiro, Luiza Sterman Heimann e Márcio Derbli.

Edição

Márcio Derbli

Arte da capa

Annelise Lopes

Imagens da capa e contracapa

Arquivos da família Donnangelo

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Peção

Administração

Bianca de Mattos Santos

Biblioteca

Carmen Campos Arias Paulenas

Conselho Editorial Executivo

Áurea Eleutério Pascalicchio

Camila Garcia Tosetti Peção

Carlos Tato Cortizo

Carmen Campos Arias Paulenas

Katia Cibelle Machado Pirotta

Lenise Mondini

Luiza S. Heimann

Marcio Derbli

Maria de Lima Salum e Morais

Marina Ruiz de Matos

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Tereza Setsuko Toma

Revisão

Sárvio Nogueira Holanda

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

Carvalheiro, José da Rocha

O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo / organizado por José da Rocha Carvalheiro, Luiza Sterman Heimann, Márcio Derbli. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014.

156 p. (Temas em Saúde Coletiva, 16)

ISBN: 978-85-88169-25-8

1. Medicina Social 2. Epidemiologia dos Serviços de Saúde

3. Filosofia 4. Processo saúde-doença 5. Saúde Pública

I. Carvalheiro, José da Rocha, org. II. Heimann, Luiza Sterman, org. III. Derbli, Márcio, org. IV. Título. V. Série.

O Social na Epidemiologia

Um legado de CECÍLIA DONNANGELO

José da Rocha Carvalheiro
Luiza Sterman Heimann
Márcio Derbli
Organizadores

Instituto de Saúde
São Paulo - 2014

Sumário

O Social na Epidemiologia

Um legado de CECÍLIA DONNANGELO

Organização: José da Rocha Carvalheiro, Luiza Sterman Heimann, Márcio Derbli

- 1 Apresentação**
Hésio de Albuquerque Cordeiro 07
- 2 Prefácio – A história de um livro**
Luiza Sterman Heimann, José da Rocha Carvalheiro, Márcio Derbli 09
- 3 Uma conversa sobre epidemiologia com Cecília Donnangelo: afinal de que social estamos falando?**
Marina Ruiz Matos..... 13
- 4 Cecília Donnangelo hoje**
Ricardo Bruno Mendes Gonçalves 23
- 5 A pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1940-1983: restos de memória, indícios para a história**
André Mota e Lilia Blima Schraiber 27
- 6 A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico**
Cecília Donnangelo 47
- 7 Cecília Donnangelo y el ethos tecnocrático de la salud pública actual (*Esencia contrahegemónica de su memoria*)**
Jaime Breilh 85
- 8 O social na Epidemiologia: reflexões metacríticas**
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres 99

9	Marxismo, trabalho e classes sociais: epidemiologia crítica como instrumento da saúde coletiva	
	Cassia Baldini Soares, Carla Andrea Trapé, Tatiana Yonekura, Celia Maria Sivalli Campos	119
10	O social na epidemiologia	
	Hésio de Albuquerque Cordeiro	149
11	Legião de órfãos	
	Ligia Donnangelo de Oliveira Miranda	151
12	Posfácio – Legado de Cecília Donnangelo à Epidemiologia	
	José da Rocha Carvalheiro e Luiza Sterman Heimann	153

Apresentação

Hésio de Albuquerque Cordeiro¹

Maria Cecília Ferro Donnangelo dedicou-se na USP ao estudo e pesquisa sobre o processo de penetração das relações capitalistas de produção nos serviços de saúde, especialmente na prática médica e na constituição do mercado de trabalho médico na cidade de São Paulo. O livro “Medicina e Sociedade: o mercado de trabalho”, publicado pela Editora Pioneira em 1975, foi a base de meu trabalho de Doutorado no Departamento de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da USP onde Cecília era professora e orientava teses.

Realizamos uma pesquisa, até então inédita no Rio de Janeiro, centrada na constituição e desenvolvimento dos planos de saúde colocados em prática pelas empresas médicas ainda que de forma incipiente no Rio de Janeiro. Constitui-se o complexo médico-empresarial com o componente empresas médicas de pré-pagamento. Em 1974, teve grande relevância política o Plano de Pronta Ação (PPA). A Previdência Social teve destaque fundamental nos primeiros passos do complexo médico empresarial. As relações entre a Tecnoburocracia da Previdência Social e os interesses das classes sociais e frações de classe no início da constituição e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde, delineava um novo objeto de estudo para Cecília. A política previdenciária adquiria um significado imediatamente econômico; criavam-se as condições de um consumo mínimo dos trabalhadores assalariados resultando na redução do custo social da reprodução da força de trabalho e do aumento da produtividade. O aparelho previdenciário tornava-se um canal de captação de uma poupança voltada para sustentar o consumo dos assalariados. A substituição das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) pelos IAPs –

¹ Hésio de Albuquerque Cordeiro (hesioalbuquerque@gmail.com) é Coordenador do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, Professor visitante do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Doutor em Medicina Preventiva pela USP (1982) orientado por Cecília Donnangelo.

como Institutos de Aposentadorias e Pensões no regime Vargas (1933) e com o controle do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio não foi apenas a modernização do estado brasileiro, mas uma forma de proporcionar a capitalização com aplicações de rendimentos rentáveis a ser gerido pelo bloco no poder e destinando recursos ao emergente complexo médico-industrial. Com a fusão dos IAPs e a predominância do regime de repartição, igualando-se as contribuições e benefícios e incorporando-se novos segmentos de trabalhadores ao sistema previdenciário, criaram-se as condições para a penetração das relações capitalistas na previdência social. A prática médica vai perdendo a autonomia e subordinando hospitais filantrópicos à prática privada e lucrativa. O aparelho previdenciário nunca abdicou de formas superadas da prática social da Medicina como o credenciamento de profissionais autônomos mantendo-os, ainda que de forma contraditória.

Donnangelo seguiu suas análises até a inesperada morte em acidente de automóvel na estrada que liga São Paulo ao litoral norte.

Com esta obra resgata-se a memória de notável intelectual a quem se deve contribuição fundamental na construção do objeto da Saúde Coletiva no Brasil. Consideramos que este texto é o “Legado de Cecília Donnangelo à Epidemiologia”.

Prefácio

A história de um livro

Luiza Sterman Heimann¹
José da Rocha Carneiro²
Márcio Derbli³

Esta obra revela uma contribuição pouco conhecida de Cecília Donnangelo, numa área raramente objeto específico em sua notável produção nos primórdios do esforço brasileiro de construção do campo da Saúde Coletiva. Trata-se de aula num inusitado Curso de Epidemiologia oferecido na Associação dos Sociólogos do Estado de São Paulo, em outubro de 1982, por iniciativa de profissionais desta categoria empregados na Secretaria de Estado da Saúde. Um sociólogo, Olavo Vianna Costa, então pós-graduando em Nutrição na FMRP/USP, inscreveu-se no Curso e gravou a aula de encerramento proferida pela Profa. Donnangelo em fita cassete.

Logo ao recebermos a gravação, no final de 1982, imaginamos que valeria a pena transcrevê-la e compartilhá-la amplamente. Assim que se deu o inesperado falecimento de Cecília, em janeiro de 1983, fortaleceu-se a ideia de homenagear a professora com a divulgação deste texto, que representa uma de suas derradeiras contribuições à Saúde Coletiva, ligada ao campo da Epidemiologia.

Desde então, em diversas oportunidades, surgiu o desejo de divulgar essa contribuição. Quando a homenageamos, na reunião ordinária do Conselho Universitário da USP, em abril de 1983, no qual Cecília era representante de sua categoria docente. Também em 1986, por ocasião do lançamento do livro “Saúde na Sociedade”⁴, de Jaime Breilh e Edmundo Granda,

1 Luiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica, pesquisadora e diretora do Instituto de Saúde.

2 José da Rocha Carneiro (jrscarval@usp.br) é professor titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) e pesquisador visitante do Instituto de Saúde.

3 Márcio Derbli (marcioderbli@isaude.sp.gov.br) é especialista em Jornalismo Científico e diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico do Instituto de Saúde.

4 Não é demais observar que o sociólogo autor da proeza de gravar a aula foi membro da equipe de tradutores de “Saúde na Sociedade”.

demos à coleção que então se iniciava, fruto de uma parceria do Instituto de Saúde com a ABRASCO, o nome de “Biblioteca de Medicina Social Cecília Donnangelo”. A coleção atual, “Temas em Saúde Coletiva”, da qual faz parte o livro que agora fazemos público, é herdeira desta homenagem à professora.

Outras ocasiões surgiram, como no primeiro número da revista “Saúde e Sociedade”, periódico da APSP e da FSP/USP, quando foi providenciada uma transcrição da aula com intuito de submetê-la a debate na revista. O projeto inviabilizou-se por uma transcrição equivocada do texto que não fazia justiça ao áudio da gravação, “ajustando” ao gosto do transcritor as frases espontâneas da professora. Essa iniciativa abortada foi suprida pelo artigo de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, publicado nesse número inaugural (1992) e reproduzido num dos capítulos deste livro⁵.

Finalmente, na Revista Brasileira de Epidemiologia, editada pela ABRASCO, já no Editorial do volume inaugural (1998), fazíamos menção à professora Cecília Donnangelo como mentora intelectual da área de saúde coletiva e da própria revista:

Durante décadas os profissionais brasileiros da área de Epidemiologia se ressentiram da ausência de uma revista especializada. Estivessem eles nas Universidades, Institutos de Pesquisa ou nos Serviços de Saúde. A todos sempre pareceu que um veículo próprio de divulgação conduziria, fatalmente, a uma consolidação do nosso modo de fazer epidemiologia. Intuitivamente imaginava-se que uma revista própria seria capaz de vencer a maldição que nos acompanha de sermos melhores do que faz crer a nossa produção em periódicos com crítica editorial e ampla circulação. A saudosa Cecília Donnangelo, cientista social de fundamental importância na saúde coletiva brasileira, traduziu essa sina com uma frase de efeito: “Somos mais atores que autores”⁶.

Passados 32 anos, a fita cassete com a aula da professora resistiu bravamente e pode ser digitalizada. Foi providenciada uma transcrição

5 Os organizadores desta obra aproveitam para agradecer à equipe editorial da Revista Saúde e Sociedade pela autorização da reprodução.

6 Carvalheiro, JR “Editorial”. Rev. bras. epidemiol. v.1 n.1 São Paulo abr. 1998.

da palestra por uma empresa da área, porém sem especialização em saúde. Uma revisão rigorosa dessa transcrição, feita por um dos organizadores (JRC), custou mais tempo do que o previsto devido ao rigor com que se procurou conservar, ao extremo, o estilo personalíssimo da professora Cecília. Algumas dúvidas não conseguiram ser dirimidas. Entre elas a da manutenção, no texto definitivo, de nomes de alunos do Curso e de professores que ministraram aulas. O texto final da transcrição omite, na maioria dos casos, esses nomes. A proposta definitiva foi considerar o texto um objeto permanente de revisões por parte dos interessados, remetendo-os à gravação. Nesse sentido, a gravação está disponível nos sites do Instituto de Saúde e da ABRASCO e recomenda-se aos leitores deste livro que busquem nessa gravação apoio para suas eventuais dúvidas na leitura. Os organizadores estarão sempre dispostos a aproveitar as eventuais contribuições de leitores, procurando comentá-las e fazê-las circular nos meios adequados em ambas as instituições.

Na sequência da elaboração desta obra fomos à busca dos “comentadores”. Acaloradas discussões entre os organizadores e o Comitê Editorial do Instituto de Saúde nos levaram a contatar mais de uma dezena de especialistas da Saúde Coletiva, predominantemente, mas não só, epidemiologistas. Aos convites, presenciais ou virtuais, podemos destacar duas principais reações: a aprovação ao projeto pela inequívoca importância da publicação e da professora Cecília; e a satisfação de poder participar desta empreitada.

Alguns dos convidados, a despeito do desejo de contribuir, declinaram por diversas razões, notadamente por falta de tempo diante de proeza tão desafiante quanto a de “criticar aula proferida por ícone da produção científica e da produção do objeto da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana”, como nos afirmou um deles.

Em seguida, o áudio digitalizado da aula foi disponibilizado em um serviço de armazenamento em nuvem para os comentadores elaborarem seus capítulos. O processo aduziu, então, diversas e sucessivas revisões. Com contribuições dos comentadores que, recorrendo à gravação, identificaram inconsistências. Isto levou à opção por incluir comentários dos organizadores em itálico e entre colchetes no corpo do texto deste livro para identificar problemas que só podem ser resolvidos ouvindo o áudio ancorado nos sites do Instituto de Saúde e da ABRASCO. Explica-se, as-

sim, a decisão de considerar que o texto deverá merecer novas e criativas revisões e comentários de leitores do livro que se disponham a comparar o texto com a gravação.

Desse modo, o leitor perceberá que a obra se organiza em três seções, embora não claramente demarcadas: a dos contextos, a própria aula da professora Cecília e, ao final, os comentários.

Na primeira seção, além do já mencionado capítulo de Ricardo Bruno, encontra-se uma contextualização do curso no qual a aula da professora Cecília se deu, no capítulo de Marina Ruiz Matos (participante do curso); e um relato do percurso acadêmico de Cecília Donnangelo, por André Mota e Lilia Blima Schraiber. A segunda seção corresponde à própria transcrição da aula. A terceira seção traz os comentários críticos sobre a atualidade da discussão proposta pela professora Cecília nos textos de Jaime Breilh, José Ricardo Ayres, Cássia Baldini Soares et al e Hésio de Albuquerque Cordeiro. Um último texto – de natureza mais íntima, mas não menos preciso – é o de Lígia Donnangelo de Oliveira Miranda, filha da professora Cecília, que comenta o legado deixado pela mãe acadêmica.

Cecília Donnangelo, socióloga, marca com sua produção científica um momento essencial na construção do objeto da Saúde Coletiva no Brasil. São obras lapidares “Medicina e Sociedade”, livro baseado em sua tese de doutoramento e “Saúde e Sociedade”, na sua Livre-Docência. Ousamos situar entre suas obras este modesto “legado” de incursão pelo campo da Epidemiologia.

Uma conversa sobre epidemiologia com Cecília Donnangelo: afinal de que social estamos falando?

Marina Ruiz Matos¹

Em 1980, um edital da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo causou surpresa ao abrir concurso exclusivamente para sociólogos. Eram cinco vagas destinadas ao Centro de Informações de Saúde – CIS, órgão do nível central e ligado ao gabinete do secretário, cargo ocupado naquele momento por Adib Jatene, na gestão Maluf. Tratava-se de uma área de baixa incorporação de profissionais não considerados específicos “da saúde”².

Naquele início de década já estavam presentes os ingredientes da crise internacional que rapidamente se agravaria. O quadro era de estreitamento do mercado de trabalho e conseqüente alto nível de desemprego. Aos sociólogos somavam-se restrições ligadas ao tipo de formação, considerada de baixa especificidade e excessivamente crítica, comprometida com bandeiras de oposição ao regime de responsabilidade do processo de formação acadêmica.

É difícil recuperar com precisão os motivos que levaram a realização do concurso, mas é possível supor que havia uma visão realista da capacidade de interferência de cinco profissionais na volumosa programação de ações de natureza técnico-racional de um lado e de outro pela possibilidade de contribuição na compreensão das chamadas “variáveis sociais” reconhecidamente ligadas à presença de doenças.

A ditadura militar iniciada em 1964 começava a dar sinais de esgotamento, mesmo mantendo ações violentas como o malogrado atentado ao

¹ Marina Ruiz Matos (marina.matos@isaude.sp.gov.br) é cientista social, doutora em Saúde Coletiva e Pesquisadora Científica no Instituto de Saúde.

² Cabe esclarecer que, ainda em início de carreira, fui uma das selecionadas pelo concurso. Minha presença na Secretaria da Saúde e nos dois cursos de Epidemiologia gerou o convite para esta participação no livro.

Riocentro em 1981. Por outro lado as cisões no núcleo duro do poder, entre outras circunstâncias, forneceram brechas para fazer ressurgir movimentos sociais e um conjunto de forças que resultaram, em 1979, na Lei da Anistia.

Os dias eram assim, definiram Ivan Lins e Vitor Martins na música *Aos Nossos Filhos* em 1978.

Neste caldeirão de ambiguidades políticas e dificuldades econômicas desenvolvia-se, desde meados da década anterior, o movimento para a Reforma Sanitária que buscava aproximar o conhecimento acumulado no plano teórico a uma visão da saúde com a estrutura de serviços que permitissem a assistência universal e justa para a população brasileira. O desafio constituía-se em mudar uma lógica histórica de privilegiamento do financiamento público ao setor privado por um outro paradigma. Havia crescido de forma importante a produção teórica apoiada nos conceitos do materialismo histórico e a complexa tarefa de compreender a sociedade à luz do determinismo econômico, em última instância. Quadros técnicos comprometidos com esta perspectiva começavam a assumir postos de comando e abrir espaço para nexos presentes nas experiências de saúde e doença dos diferentes grupos sociais.

Muitos estudos foram produzidos no sentido de buscar “traduzir” para o plano da intervenção as análises de determinação e contribuição causal na ótica das totalidades históricas. Nunes³, em seu artigo sobre esta produção intelectual, indica que “é a partir de 1975 que começam a aparecer alguns trabalhos que se tornariam clássicos da saúde coletiva: Sérgio Arouca e seu estudo sobre o dilema preventivista, Cecília e as relações medicina/saúde/sociedade, Madel Luz sobre as instituições médicas no Brasil, Roberto Machado e colaboradores sobre a emergência da medicina social no Brasil, e muitos outros”.

Contemporânea a estas discussões e militância do período, Cecília Donnangelo criou dois marcos teóricos, contruídos no interior das Ciências Sociais: seus trabalhos “Medicina e Sociedade” e “Saúde e Sociedade”.

Neste mesmo artigo, Nunes registra que o legado de suas duas teses, publicadas em 1975 e 1976, estende-se até o presente. Como tantas

3 Everardo Duarte Nunes. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência, saúde coletiva*, v. 13, n. 3, 2009. pp. 909-916

vezes apontado, no campo das “*práticas médicas..., nos dois trabalhos a vertente sociológica que os informam tiveram a forte influência de Luiz Pereira (1933–1985)*” ,

Destas duas matrizes de sólida construção teórica e metodológica, derivou uma parte considerável da produção acadêmica em Saúde Coletiva.

Em sua tese sobre a assistência à saúde e a prática médica, Costa⁴ filia-se à discussão aberta por Donnangelo sobre a suposta neutralidade dos instrumentos e da própria medicina. Apoiar-se na identificação da medicina como prática técnica que “abstrai a subordinação da técnica às exigências definidas no conjunto organizado das práticas sociais”, a clínica vai “[...] além da tarefa específica de suprimir a doença” e atribui à medicina e sua neutralidade instrumental o papel de “interferir em outros domínios da vida social, de modo que a depure de todos os seus males...”. Cecília Donnangelo atribui essa característica às dificuldades de estabelecer limites claros entre o objeto e produto do trabalho médico. Isto ocorre, no dizer de Nunes, “visto que ambos se consubstanciam numa mesma unidade espacial: o corpo humano, entendido como estrutura anatômica e fisiológica suscetível de uma manipulação orientada por princípios regulares e repetitivos de interferência técnica. Ao tomar o corpo humano, assim definido, como objeto de sua prática, a medicina visa fundamentalmente à produção de efeitos técnicos compatíveis com determinada concepção acerca do normal e do patológico, apoiadas em regularidades ou constantes funcionais empiricamente observáveis e registráveis por meio de técnicas e medidas cientificamente validadas”.

Um ano após a publicação de seu mestrado, Cecília publicou *Saúde e Sociedade*, sua tese de doutorado, em que discute esta relação e as dimensões da medicina comunitária, encarregada de práticas de saúde. Nunes⁵ indica que “*a época em que escreveu seu livro, a medicina comunitária era prática adotada por diversas escolas médicas, e programas foram organizados, contando com financiamentos inclusive internacionais, o que demonstra a oportunidade teórica do trabalho...*”.

4 Olavo Viana Costa. Saúde e Assistência Médica no Brasil: entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes. Tese de doutorado. Faculdade de Letras e Ciências Humanas, USP, 1999.

5 Opus cit.

Suas reflexões, presentes nestes trabalhos e em outros textos, iluminaram um ângulo especial, retomado e desenvolvido em muitos estudos posteriores que versavam sobre o projeto político e os dilemas que envolvem o papel da prática médica na reprodução da força de trabalho nas sociedades de classe.

Na análise de Costa⁶ “*não obstante a evidência de que o próprio ato terapêutico já expressa o caráter social da prática médica, a estrutura de produção e consumo de serviços revela mais claramente, segundo Cecília Donnangelo, o fato de que a interferência técnica da medicina extrapola os objetivos de cura imediatamente realizáveis no âmbito da dimensão anatômica e fisiológica do corpo humano*”.

Diante da consistência da abordagem teórico-metodológica, Gonçalves⁷ afirma ao resgatar a importância de seu legado: “*Eis aí, como apontou, o indicador máximo da excelência do pensamento teórico: retornar à quotidianidade constituindo identidades sociais particulares das pessoas em sua vida comum sem que elas suspeitem que as categorias mentais à base das quais procedem essa construção...*”

Neste panorama intelectual, acrescido da disponibilidade de contatos com Cecília Donnangelo, pareceu aos sociólogos candidatos que aprender sobre o trabalho e executá-lo seria uma etapa necessária para fazer sentido a contribuição que pudessem oferecer.

Assim que o novo grupo passou a integrar o corpo técnico da Secretaria da Saúde, foi ficando mais claro o espaço e dimensão reservado ao trabalho. Não envolvia uma distante, mas esperada, construção coletiva de novos objetos, uma transdisciplinaridade ainda que nebulosa. No entanto, rapidamente ficou explícita a intenção de dividir a sobrecarga de tarefas já estabelecidas e, quando e se possível, a análise das famosas variáveis sociais, incorporando-as à avaliação dos agravos constantes da Lista de Doenças de Notificação Compulsória. A materialização destas variáveis se referia àquelas presentes nos dados e tabelas, nem sempre preenchidos: a renda, às vezes individual, às vezes do domicílio; escolaridade do chefe; tipo de residência e, a depender do me-

6 Opus cit.

7 Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. Revista Saúde e Sociedade, vol.1, n. 1, 1992. pp. 3-5

canismo de transmissão do agravo, mais algumas informações. Objetivamente não se pretendia ir muito além da linearidade da identificação da extração social dos grupos de pacientes e dos espaços geográficos que ocupavam. Somem-se a falta de preenchimento correto das fichas, a exiguidade da equipe e o fato que um sistema praticamente manual e moroso. A situação epidemiológica de cada agravo só estava razoavelmente completa depois de cerca de dois anos, justificando o desconforto de profissionais (“velhos” e “novos”) e a falta de interesse em abrir espaço que não fosse para correr do prejuízo. Um olhar mais atento para a estrutura e atribuições do órgão sinalizaria o tamanho do desafio de ajustar uma seleção com rigor teórico para trabalhar em rotinas e fluxos preestabelecidos e desconhecidos na formação dos recém ingressos.

Ao longo de 1981, os cientistas sociais foram incorporados na área denominada “de vigilância”, nível hierarquicamente mais alto do Sistema de Vigilância, implantado poucos anos antes. Em linhas gerais, seu funcionamento baseava-se no preenchimento de sete subsistemas específicos de informação, dos quais dois chegavam pelo envio de correspondência até a Avenida Dr. Arnaldo (o nível central), após passarem pelos níveis intermediários.

O primeiro subsistema, com imensos volumes, continha a relação de casos suspeitos de doenças para as quais existia a obrigatoriedade de notificação, em função do monitoramento desejável que requeriam e o segundo eram as fichas individualizadas de cada caso. Para o olhar de hoje, que atribui responsabilidade a todas as instâncias da atenção à saúde, a tarefa seria insustentável – a confirmação ou decisão sobre o diagnóstico final era tomada neste nível central. Num espaço ainda em organização, embora houvesse reconhecimento das dificuldades da rede de atenção, as fichas chegavam com atraso e os dados faltantes cobrados por telefone. Diariamente, pilhas de fichas aguardavam que se tornassem completas.

Desta forma, desempenhar um trabalho útil significava entender o sistema, a lógica dos registros de cada doença e participar das cobranças dos dados para toda a rede de saúde. Na verdade, todos da equipe passavam boa parte do tempo no telefone solicitando o que estava faltando e tentando, com baixa efetividade, indicar, especialmente aos médicos que tão importante quanto realizar as ações previstas era registrá-las.

Ao nível central cabia, ainda, além de divulgar a situação epidemiológica de cada doença, as epidemias e as medidas de controle propostas ou em execução. Havia, portanto, uma pressão extraordinária do gabinete do secretário e da imprensa sobre a rede e sobre vigilância epidemiológica do nível central. Era preciso permanecer por longos períodos na busca do resultado do líquido, se havia petéquias, hepatoesplenomegalia, interrupção de tratamento ou se o bloqueio com quimioterápicos havia sido realizado... A equipe original era composta por três médicos e dois sociólogos e, ao final de 1981, o número de médicos continuava o mesmo, mas havia sete sociólogos para orientar todas as ações de vigilância do estado. Por sorte os níveis regionais começavam a se estruturar, com as inevitáveis tensões.

Entre *rashes cutâneos* e positivismo, cobertura vacinal e bloco histórico, foi se tornando claro que, apesar de um desempenho razoável naquelas tarefas, a falta de conhecimento específico necessário que sustentasse uma colaboração menos tarefaira, tinha, na mesma proporção, a impossibilidade de abrir outras possibilidades de análise. Nas reuniões dos “Sociólogos do Quarteirão da Saúde”, com o relato das dificuldades daquele tipo de trabalho, Cecília Donnangelo jocosamente considerava que a Faculdade de Medicina, se informada, consideraria aquele espaço um perfeito local para seu desterro.

Sem desistir da busca para inserir aquela prática em um corpo teórico que tornasse mais inteligível aos recém-chegados, o olhar dirigiu-se para uma disciplina de fronteira, que parecia servir de espaço de troca. Naquele momento, tornava-se corrente a distinção entre epidemiologia *clássica* e *social*, esta última um possível elo a ser buscado entre condições de vida e situação de saúde, enquanto a primeira ligando-se ao que Susser⁸ denominou de pragmatismo epidemiológico.

Embora a relação entre a vida dos grupos sociais e o risco de adquirir determinadas morbidades tivesse suas raízes na epidemiologia social, os movimentos ocorridos no século XX deram à mesma denominação vários rumos, dando diferentes significados para causalidade, determi-

8 Mervyn Susser. What is a case and how do we know one? A grammar for pragmatic epidemiology. American Journal Epidemiology, vol 133, 1991. pp. 635-648

nação social e estratificação social, relações individual e social. Em anos mais recentes, muitas reflexões atravessaram a análise epidemiológica, formulando possibilidades de articulação entre problemas concretos de saúde sem perder de vista seu significado nas sociedades capitalistas. Muitos autores trabalham com questões desta natureza e, apenas a título de exemplo, estão as abordagens hierárquicas, de cunho estruturalista, como Kaplan⁹, Krieger¹⁰, entre outros. Esta ideia de sistemas interativos, segundo Barata¹¹, embora forneça informações úteis para a saúde pública, reforça o encobrimento das relações entre saúde e sociedade.

No horizonte de 1981, o cotidiano da Secretaria da Saúde foi deixando clara para sociólogos e médicos a necessidade de construção de pontes com aquele trabalho. Além das decisões sobre o trabalho e eventuais reclamações recíprocas, discutiam-se as dificuldades com os níveis locais e regionais, a ausência de análises sobre a situação epidemiológica das doenças, ainda distante da realidade, mas foi se desenhando para todos a distinção entre “fazer vigilância” e conhecer a disciplina de epidemiologia. No meio da sobrecarga de trabalho, algumas vezes se chegou a propor reuniões-seminários de textos de epidemiologia nunca efetivamente discutidos. A literatura acadêmica disponível e selecionada era de médicos que buscavam analisar as relações entre saúde e sociedade que saíssem da visão positivista.

De tal forma esta necessidade foi se tornando de todo grupo, mas explicitado por motivos óbvios pelos cientistas sociais, e a presença de um deles na Associação dos Sociólogos conduziu esta demanda. Até a definição final de um módulo de “epidemiologia clássica” no primeiro semestre de 1982 e um de “epidemiologia social” no segundo, várias as sugestões de formato surgiram, nomes e disputas foram feitas. Os cursos, com elevado número de participantes, foram realizados à noite, criando um espaço de debates, muitas vezes mais tensos por envolverem conhecimentos, práticas, militância, posições políticas e, muitas vezes sem muita clareza, a reafirmação da neutralidade científica.

9 George Kaplan. What's Wrong with Social Epidemiology, and How Can We Make Better? *Epidemiology Review*, v. 26, n. 1, p. 124-135, 2004.

10 Nancy Krieger. A Glossary for Social Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001. pp. 693-700

11 Rita de Cassia Barradas Barata. *Epidemiologia Social*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol 8, n° 1, 2005. pp. 7-17



ASSOCIAÇÃO DOS SOCIOLOGOS EST.SP PROMOVE CURSO: EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

- 5/8- A incorporação do método epidemiológico nas práticas de Saúde Pública \overline{M}
expositor: Oswaldo Campos- Fac. Saúde Pública- USP
- 12/8- Conceitos de Saúde e Doença
expositor: Ricardo Lafetá- Fac. de Medicina- USP
- 17/8- Explicações Causais \overline{M}
expositor: José Jeremias de Oliveira Filho- F.P.C.H.L. - USP
- 25/8- Tendências de crítica à História Natural da Doença como base dos estudos epidemiológicos
expositor: Ricardo Bruno - Faculdade de Medicina- USP
- 2/9- Epidemiologia Social
expositor: Guilherme Rodrigues da Silva - Faculdade Medicina- USP
- 9/9- Endemias \overline{M} MIRTES
expositor: Luis Jacintho da Silva - Fac. C. Médicas - UNICAMP
- 7/16/9- Nutrição OLAVO
expositor: Carlos Eduardo Baldião- Inst. C. Biomédicas- USP
- 8/23/9- Hipertensão \overline{M}
expositor: Miriam Ribeiro - Esc. Paulista de Medicina
- 9/30/9- Saúde Mental
expositor: Uracl Simões Ramos- Fac. de Medicina- USP
- 10/7/10- Saúde e Trabalho INA
expositor: Ana Maria Arouca- Inst. Medicina Social - UERJ
- 14/10- A conceptualização do Social na interpretação da doença: balanço crítico
expositor: Maria Cecília F. Donnangelo- Faculdade Medicina- USP

horário: 20 às 23 hs.

período: 5/8 a 14/10 (todas às quintas feiras)

inscrições abertas: associados: 3.000,00

ñ. associados: 4.000,00

local e informações: r. augusta, 719 f. 257.8225

CERTIFICADO 80% FREQUÊNCIA

O encerramento dos dois cursos, ao final do segundo, feito por Cecília Donnangelo, felizmente resgatado nesta obra em texto e em raro e derradeiro registro de áudio, traz uma intelectual madura que se dispôs a olhar para a epidemiologia a partir de sua construção do conhecimento. Desafiadora, agitada e acostumada a duríssimos embates na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o público presente não representava um desafio especial, mas um novo momento de expor não só a construção de um social originado na teoria sociológica como preservar a coerência de uma matriz teórica sem cair pelos desvios e desvãos de um “positivismo social”.

Após os cursos, tanto para os médicos como para os sociólogos do sistema de vigilância, a questão deixou de ser apenas a incompatibilidade de parte dos profissionais com o trabalho. Dois outros rumos foram delineados nas conversas: os limites daquele tipo de atividade, mesmo se houvesse maior investimento e melhoria da qualidade das informações, o que era altamente desejável; e as dificuldades de construção de um projeto de análise viável, mesmo que não hegemônico.

Apenas dois anos depois, em 1985/1986, a criação do Centro de Vigilância Epidemiológica modificaria a organização do trabalho e ampliaria, em momentos diferentes, tanto as discussões como as tensões entre visões distintas sobre os modelos de análise em saúde. Neste curto período o panorama nacional também mudou. Terminava o período da ditadura militar, as praças voltaram a ser espaço de manifestação por eleições diretas e o presidente eleito depois de tantos anos morreu antes da posse.

A maior parte dos sociólogos do início da década já haviam buscado outras alternativas de trabalho, vários em universidades e instituições de pesquisa na área pública. No desempenho de suas atividades, a contribuição teórica e o espírito inquiridor de Cecília Donnangelo permaneceram tanto naquele pequeno grupo como, de forma ampliada, entre os muitos alunos de pós-graduação a quem se dedicou. Sua questão colocada, no início e no decorrer de todos os estudos epidemiológicos, emerge, central de sua conversa nos idos de 1982: de que social estamos, afinal tratando?

As respostas e explicações podem variar, contrariando os adeptos dos critérios científicos de neutralidade e do certo e do errado. A linguagem poética ajuda a explicitar a polissemia destes conceitos, como em *Verdadeira Embolada*, de dois compositores admirados por Cecília Donnangelo, Edu Lobo e Chico Buarque:

*“A verdade que se preza
É fiel que nem um cão
A de César é de César
A de Cristo é do cristão
A mentira anda na feira
Vive armando confusão
Cheia de perfume, rebolando
na ladeira
De mão em mão*

*A mentira e a verdade
São as donas da razão
Brigam na maternidade
Quando chega Salomão
A razão pela metade
Vai cortar com seu facão
Vendo que a mentira chora e
pede piedade
Dá-lhe a razão*

*Na realidade
Pouca verdade
Tem no cordel da história
No meio da linha
Quem escrevinha
Muda o que lhe convém
E não admira*

*Tanta mentira
Na estação da Glória
Claro que a verdade
Paga a passagem
E a outra pega o trem*

*A mentira, me acredite
Com a verdade vai casar
Se disfarça de palpito*

*Pra verdade enfeitiçar
Todo mundo quer convite
A capela vai rachar
Pra ver a verdade se mordendo de
apetite
Ao pé do altar.*

*Na verdade cresce a ira
A mentira é só desdém
A verdade faz a mira
A mentira diz amém
A verdade quando atira
O cartucho vai e vem
A verdade é que no bucho
De toda mentira
Verdade tem.”*

Cecília Donnangelo hoje¹

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves²

Há pouco mais do que nove anos, de modo prematuro e trágico, Cecília Donnangelo encerrava sua participação direta na história das práticas de saúde no Brasil. Pela extraordinária importância que teve essa participação, é justo que se aproveite a oportunidade, tão cercada de esperanças, do lançamento de uma publicação regular na área de trabalho na qual viveu toda sua militância, para lembrá-la e lembrar o alcance de sua contribuição. O sentido histórico do que temos para comemorar – um começo, um nascimento – tal como deveria ser apreendido e avaliado pelo pensamento de Cecília, me impõe cuidados que não estou certo de bem poder tomar, pois creio que andaria pelo avesso desse pensamento se sugerisse que sua apreciação se reduzisse à que se faz acerca do “vulto histórico”, se induzisse a tomá-lo como um símbolo petrificado cujo aparente vigor só é tão grande quanto sua capacidade de nos impedir a percepção adequada de nossa própria situação no movimento histórico.

No espírito dessas palavras, deixo propositalmente de lado qualquer tentativa de recensar, mesmo que superficialmente, os fatos que marcaram sua notável participação direta em nossa história, para ousar tentar identificá-la viva ainda hoje, no que creio que ela própria julgaria ser a dimensão mais significativa de sua individualidade especificamente humana, a dimensão em que se integra em uma consciência e em uma prática que vão além de sua vida particular e do seu tempo delimitado de existência, para estender-se por vidas e tempos necessariamente plurais.

Nesse âmbito alargado, e tomando seu trabalho parcialmente, apenas como trabalho de cientista social, julgo que, de algumas das teses que sustentou, delas se pode dizer o que afinal caracteriza os pensadores: quer aceitando-as como elas as deixou, quer fazendo abstração de seus

1 Este texto foi publicado originalmente na revista Saúde e Sociedade Volume 1, Número 1, 1992 e é reproduzido aqui com autorização dos editores.

2 Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1946-1996) foi médico, docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo e orientado (doutorado) por Cecília Donnangelo.

conteúdos concretos, que sejam por isso necessariamente datados, quer mesmo quando esses conteúdos particulares devam ser postos em dúvida, por referência à sua satisfatoriedade explicativa, em todos esses casos evidencia-se que sua dimensão teórica permanece viva e fecunda.

O esforço que Cecília Donnangelo empreendeu para que se pudesse, no Brasil, compreender e explicar, apreender e transformar as práticas de saúde, especialmente a prática médica, tomando-as como práticas constitutivas da socialidade – e esta é a sua grande tese – fundamentou, e fundamenta ainda, um amplo conjunto de investigações científicas e de aplicações técnicas e políticas que acabou por levar a vida quotidiana do trabalhador em saúde a um novo estágio de objetivação. Eis aí o indicador máximo da excelência do pensamento teórico: retornar à quotidianidade, constituindo as identidades sociais particulares das pessoas em sua vida comum, sem que elas suspeitem que as categorias mentais à base das quais procedem a essa construção tenham sido arduamente arrancadas das aparências e dos preconceitos em tempos anteriores. Nada mais seria preciso para demonstrar que o pensamento teórico de Cecília Donnangelo se incorporou à herança da humanidade e que, nesse sentido, ela permanece viva.

Mesmo em esferas superiores de objetivação, onde se dá o debate político, a vitalidade de seu pensamento se evidencia ainda, e antes de tudo por sua relação com os que seriam seus adversários: estes podem, conhecendo ou não a origem das teses contra as quais se colocam, contrariá-las efetivamente, mas não podem de modo algum ignorá-las, voltando a um modo de pensamento e ação que imperavam antes dos anos 1970. A superioridade indicada por esse fato não deve sugerir que ela fosse apenas possuidora de uma inteligência mais penetrante e produtiva, ideia que lhe inspiraria repugnância, mas que seu trabalho como ser humano genérico, pelo esforço consciente na busca racional da Verdade trouxe-a, e trouxe-a juntamente com seus adversários, a uma etapa superior de racionalidade.

Na dimensão de educadora e militante de seu trabalho, inteiramente solidária da de investigadora, é que se revelou melhor a grandeza de seu exemplo. Pois todos que convivemos com ela aprendemos uma lição que se pode aproveitar mal, mas não se pode esquecer: a busca racional da Verdade é indissociável da busca do Bem. O apaixonado vigor

com que se lançava à defesa do rigor metodológico encontrava sua justificação profunda na conexão entre o Bem e a busca da Verdade; a emocionante indignação com que colocava o amor pela humanidade acima de qualquer Verdade teórica fundamentava a justa relação entre ambos. Em algumas gerações de alunos e companheiros ficou gravada essa postura ética como um imperativo de consciência absolutamente irrenunciável.

Pela força de sua presença, agora mediada pelas práticas de toda uma multidão de trabalhadores em saúde que ajudou a formar, direta e indiretamente, Cecília Donnangelo é um dos pilares sobre os quais se constitui a Saúde Coletiva brasileira como área de trabalho vividamente atenta às relações entre as pulsações dos compromissos sociais e as exigências da seriedade profissional.

Enquanto assim for, ela permanece viva. Que as páginas desta revista possam contribuir para a permanência dessa tradição.

A pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1940-1983: restos de memória, indícios para a história

André Mota¹
Lília Blima Schraiber²

Creio que andaria pelo avesso desse pensamento se sugerisse que sua apreciação se reduzisse à que se faz acerca do “vulto histórico”, se induzisse a tomá-lo como um símbolo petrificado, cujo aparente vigor só é tão grande quanto sua capacidade de nos impedir a percepção adequada de nossa própria situação no movimento histórico.

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves

Quando quer perseguir um sujeito no tempo, a reflexão histórica se dedica metodologicamente a desconstruir uma narrativa acabada. Isso porque, ao se cristalizar uma determinada interpretação, esse imaginário, mesmo estando longe de ser artificial – já que é essência da elaboração do percurso biográfico –, não pode, de nenhum modo, se confundir com as práticas da personalidade analisada. Na ausência dessa delimitação, é grande o risco de ver o indivíduo ser engolido por seu próprio mito (Certeau, 2011, p. 87), deixando escapar dimensões que poderiam explicar, de forma mais ampla e rica, certas concepções de mundo, articulações práticas e de pensamento, além de criar um problema para a ciência histórica, já que a incompletude integra a natureza constitutiva de seu conhecimento:

“a centralidade da narração biográfica como na escrita histórica relativiza sua capacidade de encerrar seus discursos

¹ André Mota (andremota13@gmail.com) é historiador e coordenador do Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

² Lília Blima Schraiber (liliabli@usp.br) é médica e Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva – FMUSP.

numa explicação fechada sobre mecanismos de causalidade. Não permitem nem voltar à pretensão do sujeito constituinte de dominar o sentido, nem renunciar à ideia de uma globalidade da história segundo suas implicações éticas e políticas.” (Dosse, 2009, p.410)

Nesse sentido, nosso escopo central aqui é revisitar a memória de Maria Cecília Ferro Donnangelo, não para fazer um relato cronológico de vida ou uma evolução de seu pensamento, mas sim, por meio de um campo formador ainda pouco devassado, “apreender a maneira como se configura num dado momento histórico a atividade cognitiva do trabalho científico.” (Dosse, 2009, p.403) Para isso, se faz necessário aproximar-se de sua formação na cidade de Araraquara como educadora e pedagoga, bem como seus primeiros movimentos no Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), quando de sua participação da proposta de se fazer um curso médico paralelo ao que já existia – o chamado Curso Experimental. Nossa incursão será para apreender uma certa temporalidade capaz de configurar interpretações diante de uma narrativa, significando novos lineamentos a uma memória já compartilhada, aprofundando-nos nas rupturas e permanências temporais, fios que podem tecer novos desenhos da biografada.

Na Araraquara de Donnangelo 1940-1962: o outro que vem anterior

Quando Donnangelo escreveu seu currículo vitae, em 1982, as primeiras informações autobiográficas falavam de seu nascimento em 19 de agosto de 1940 na cidade de Araraquara, ou seja, em plena ditadura do Estado Novo varguista. Coursou nessa cidade o primário, o secundário e o normal no Colégio Progresso, entre os anos de 1948 e 1958, período já de redemocratização do país, tendo a política desenvolvimentista da época o desafio de dar o “salto modernizante” de que o Brasil precisaria. Com essas expectativas em pauta, Donnangelo cursou o científico no Colégio Duque de Caxias entre 1956 e 1958, prestando exame vestibular na Facul-

dade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara – em 1959, tendo sido classificada em primeiro lugar entre os candidatos ao Curso de Pedagogia (Donnangelo, 1982, p. 3).

A compreensão da configuração da cidade, por meio de cuja memória podemos recuperar a memória daqueles que nela vivem, será aqui substancial, já que os momentos urbanos e as formas espaciais também serão esclarecedoras das contingências e oportunidades particulares, capturadas pelo viver social cidadão. Dito de outro modo, “a cidade é uma das aderências que ligam indivíduos, famílias e grupos sociais entre si. Uma dessas resistências que não permitem que suas memórias fiquem perdidas no tempo, que lhes dão ancoragem no espaço (Abreu, 1998, p. 14)”. No caso de Donnangelo, que passou o tempo de sua formação na cidade de Araraquara, essa volta às memórias cidadinas será uma oportunidade a mais de reconhecimento dessa existência e trajetória.

Conforme estudos históricos recentes, as regiões distantes e isoladas dos centros urbanos dinâmicos mais antigos eram denominadas “bocas de sertão”, e cidades do Oeste Paulista surgiram sob essa designação, transformando-se em paragens de viajantes. O afluxo de população ao interior com a descoberta de ouro em Mato Grosso, no século XVIII, estimulou o surgimento de povoados que se desenvolveram e tornaram importantes pontos de ligação para a economia do interior (Messias, 2003, p. 20). Araraquara é uma delas; nasce no século XIX, inicialmente colonizada para a criação de pequenas pastagens, produção de gêneros alimentícios e aguardente, mesmo que aos poucos assumisse a produção cafeeira da região.

Em 1890, o município tinha 8.151 habitantes, distribuídos nas paróquias de São Bento de Araraquara e Boa Esperança. Uma parcela era composta por famílias recém-chegadas, pessoas pouco aclimatadas, sendo 19% da população formada por estrangeiros (Ribeiro; Junqueira, 2011, p. 250):

Com o café e pelo café, já algumas décadas antes do fim do século XIX, membros de tradicionais famílias vinham se fixando no município, provindos principalmente de regiões mais antigas como Capivari, Tietê, Porto Feliz, mesmo de Minas Gerais e de outras partes, dinamizando a economia local,

à medida que as feições do território do município iam sendo alteradas, com a ocupação dos espaços, divididos entre as atividades tradicionais (cana, cereais e criação) e o café; a princípio divididos os espaços, para, na década de 1890, ocorrer a supremacia absoluta da nova lavoura (Telarolli, 1977, p. 22).

No plano educacional, o governo paulista deixou a cargo das escolas confessionais ou municipais o controle sobre a formação de sua elite letrada. Esse foi o caso do Colégio Progresso de Araraquara, fundado em 1924 por Emília de Paiva Meira, atendendo aos apelos da sociedade local, que dizia necessitar de um colégio católico para a educação de suas jovens. Em 1928, tendo sido criadas as escolas normais livres no Estado de São Paulo, foi fundada a Escola Normal Livre no Colégio Progresso de Araraquara. Só em 1932 chegou a primeira escola pública secundária na cidade, o que ampliaria seu raio de ação educacional, configurando-a como um polo formador regional:

Em relação ao ensino primário, em 1947 o município contava com 13 grupos escolares, sendo um Grupo Escolar rural localizado na Fazenda Boa Vista. No âmbito da educação secundária, além do ginásio estadual, havia o Colégio Progresso e o Ginásio São Bento. Havia a Escola Técnica de Comércio (particular), o Núcleo de Ensino Profissional (municipal), o Curso Normal ministrado no Colégio Progresso, o Conservatório Dramático e Musical (municipal), o Núcleo de Belas Artes (municipal) e, no ensino superior, a Faculdade de Farmácia e Odontologia (particular, mas subvencionada pelo município e pelo governo estadual), e a Escola de Agrimensura (Souza, s/d, p. 11).

Em 1952, Araraquara tinha já 63.552 habitantes e era considerada uma cidade politicamente estável, com razoável qualidade de vida, grande oferta de serviços e uma organização educacional e cultural privilegiada. Tais dimensões, que poderiam redundar apenas num certo isolamento e provincianismo interiorano, sofreram uma reviravolta, fruto dos movimentos culturais juvenis nascentes e de sua atuação no sentido de “oxigenar” a cultura reinante, desafiando o conservadorismo e se voltando

para experiências dentro e fora do País. Para Ignacio de Loyola Brandão (2009 apud MEDINA JUNIOR, 2009, p. 34), que vivenciou esse período:

Naquela Araraquara pequena, tranquila, arborizada, que parecia se conservar à margem do processo de revolução que agitava o Brasil e o mundo (industrialização, rock), um grupo unido agitava culturalmente, tentando fazer cinema, montando peças, formando o Clube de Cinema, aliando-se ao Foto-Cine Clube, convivendo com os pintores da Escola de Belas Artes, assistindo aos espetáculos da Escola de Balé, escrevendo críticas de cinema e teatro, estabelecendo polêmica pelos jornais, realizando programas de cinema na Rádio Cultura.

Essas contingências devem ter, aos poucos, adentrado o cotidiano da moça católica e normalista Cecília Donnangelo. Talvez não de forma determinante no Colégio Progresso, onde se impunha e exigia uma determinada postura austera e distante daquelas novidades. Terá sido o aparecimento de uma nova faculdade, voltada para o pensamento social, a se interpor na “rota natural” de uma moça de sua formação, oportunidade histórica ímpar vivenciada na então Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara.

FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE ARARAQUARA		CURSO DE PEDAGOGIA																			
CURSO REGULAR La Clase - Substituição: <u>COLÉGIO PROGRESSO DE ARARAQUARA</u> Nome: <u>ARARAQUARA</u> Diretor Federal: <u>Dr. AMÉRICO DE COSTA</u> Ass. Letra de: <u>1.955</u>		INDIVIDUAÇÃO Nome do: <u>RAFAEL DONNANGELO</u> e de Sobrenome: <u>MARIARINI DONNANGELO FERRO</u> Parentesco do Pai: <u>MARCELINO</u> Parentesco da Mãe: <u>MARCELINA</u> Nascido a: <u>19</u> de <u>Agosto</u> de <u>1940</u> em: <u>ARARAQUARA</u> Estado: <u>SÃO PAULO</u> Residência em Araraquara: <u>Rua Itália, nº 749</u> Telefone: <u>2731</u> Profissão: <u>[local]</u>																			
La Clase - Substituição: <u>ESCOLA NORMAL PARTICULAR PROGRESSO DE ARARAQUARA</u> Nome: <u>ARARAQUARA</u> Diretor Federal: <u>PAULO MARCONINI CIARRO</u> Ass. Letra de: <u>1.958</u>		DOCUMENTOS APRESENTADOS Carteira de Identidade nº: <u>1.023.657</u> Doc. Militar: <u>-1-1-1-1-</u> Título de Eleitor: <u>22.2000 - Araraquara</u> Certificado de conclusão de curso Ginasial (2 vias) Pública - <u>8</u> de <u>25</u> de <u>15/2/1960</u> Formas de Diploma de Professor - <u>4</u> de <u>18</u> de <u>11/2/1961</u> Prontuário (2 vias) Ficha Escolar nº 18 (2 vias) Matrícula Escolar de Normal (2 vias) <u>45</u> de <u>48</u> de <u>24/2/1962</u> Declaração de Nascimento.																			
Escolaridade e série em: <u>2a</u> de <u>Agosto</u> de <u>1962</u> Data pela qual: <u>5</u> de <u>Setembro</u> de <u>1962</u> Optativa expedida em: <u>8</u> de <u>Setembro</u> de <u>1962</u> Regime de ensino: <u>1</u> de <u>1962</u> de <u>1962</u> de <u>1962</u> Regime de ensino de <u>1962</u> de <u>1962</u> de <u>1962</u> de <u>1962</u> Regime de ensino de <u>1962</u> de <u>1962</u> de <u>1962</u> de <u>1962</u> no livro <u>FFCL-2</u> de <u>18</u> páginas <u>271652</u> de <u>2</u> de <u>1962</u> de <u>1962</u>		NOTA GERAL: 9,0 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">MATRÍCULA</th> </tr> <tr> <th>Nº</th> <th>ANO</th> <th>DATA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>19</td> <td>4/2/1959</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>25</td> <td>15/2/1960</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>18</td> <td>11/2/1961</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>48</td> <td>24/2/1962</td> </tr> </tbody> </table>		MATRÍCULA			Nº	ANO	DATA	8	19	4/2/1959	4	25	15/2/1960	4	18	11/2/1961	45	48	24/2/1962
MATRÍCULA																					
Nº	ANO	DATA																			
8	19	4/2/1959																			
4	25	15/2/1960																			
4	18	11/2/1961																			
45	48	24/2/1962																			
OBSERVAÇÕES: <u>Assunto: A data de expedição de diploma para registro para 22.2000 que a data pública de matrícula é 15/2/1960, de 18.2.62, após consulta à escola em Araraquara, São Paulo, de 20.12.1962</u>																					

Histórico Escolar de Maria Cecília Ferro Donnangelo, FFCL Araraquara, 1959

Criadas entre os anos de 1957 e 1959, as Faculdades de Ciências e Letras paulistas estavam atreladas a um processo de modernização do País e interiorização da industrialização do estado, o que exigia impulso no campo educacional, mesmo que houvesse um embate, bastante natural entre as hostes de suas elites, de que era uma guinada perigosa educar uma nova elite intelectual ao invés de apenas renovar, *comme d'habitude*, a já existente (Vaidergorn, 1995).

No entanto, aqueles tempos pressionavam pela necessidade de formação e renovação do professorado interiorano, principalmente, voltado ao ensino secundário e a chance para alguns prosseguirem sua carreira acadêmica, especialmente, na Universidade de São Paulo. Com esse quadro, foram criadas, em 1957, seis faculdades de filosofia, ciências e letras no interior paulista. A chamada Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara (FFCLA)³ foi autorizada a funcionar em 13 de abril de 1959, iniciando suas atividades com os cursos de Pedagogia e de Letras. Uma novidade marcante dessa nova escola era o fato de rapidamente se ter estabelecido um diálogo entre as expectativas daqueles movimentos culturais reinantes e a vida acadêmica de uma Faculdade que logo ganha foros, inclusive, internacionais:

A Faculdade de Filosofia de Araraquara tem em seu currículo, entre outras realizações, a organização de uma conferência com o escritor e filósofo francês Jean-Paul Sartre. Sartre esteve na cidade no dia 4 de setembro de 1960, evento que contou com a presença de Simone de Beauvoir, sua mulher, acompanhados de Jorge Amado, Zélia Gattai, Bento Prado Junior, Fernando Henrique e Ruth Cardoso, entre outros intelectuais. Por sua localização na Rua 3, entre as Avenidas Duque de Caxias e Espanha, em frente ao Cine Odeon e muito próximo ao Teatro Municipal, a Faculdade de Filosofia não era uma escola isolada. Ao contrário, fazia parte de Araraquara, era ponto de encontro obrigatório dos grupos mais informados da cidade, mesmo que não estivessem cursando a escola (Medina Junior, 1995, p. 202-203).

3 A partir de 1976, a faculdade passou a integrar a Universidade Estadual Paulista (Unesp).

O curso de Pedagogia, consequência das licenciaturas e da formação de professores para escolas secundárias trazia, no bojo dessas necessidades regionais mais objetivas, uma rica discussão sobre os destinos da educação brasileira como suporte de desenvolvimento e modernização nacional, assunto capital para o campo pedagógico:

[...] percebemos as aproximações que se deram entre dois órgãos do mesmo ministério, que se destacaram no cenário nacional daquele momento: o INEP (na época denominado Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos), que se ocupava da formulação das políticas para o ensino e da pesquisa educacional, e o ISEB (Instituto Superior de Estudos Brasileiros), que assumiu papel de referência na formulação do ideário desenvolvimentista que predominou no país, naquele contexto. O INEP e o ISEB foram referências institucionais importantes para a disseminação do pragmatismo e do desenvolvimentismo, respectivamente (Mendonça, 2006, p. 96).

As análises feitas pelos dois grupos se assemelhavam no que dizia respeito aos entraves e atrasos, ao mesmo tempo em que tentavam implementar medidas para superá-los por meio do sistema educacional, criando uma nova atmosfera cultural em todo o Brasil. Tais posições chegaram na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara, em larga medida, pelas mãos da Sociologia. Entre os motivos possíveis, estaria o curso de Sociologia da FFCL-USP, onde havia divergências teóricas vinculadas a uma reação de insatisfação reinante pela extrema dificuldade de inserção acadêmica que o regime de cátedras impunha aos recém-formados. Nesse contexto, jovens sociólogos saíram em busca de alternativas, chegando à nova faculdade em Araraquara e logo influenciando a vida acadêmica daquele alunado:

[...] o debate em torno de novas questões teóricas disseminou-se pelas FFCL-IIES na mesma época em que os cursos de Ciências Sociais eram criados. Os *curricula*, não só desse novo curso, passavam a incluir leitura de Hegel, Marx, Sartre, bem como elementos de Economia, esta com duplo intento: atualizar a formação geral (que se assemelhava à da USP) e entender melhor a realidade brasileira! (Vaidergorn, 1995, p. 173).

Um desses intelectuais foi Luiz Pereira, indicado à FFCLA por seu orientador, Florestan Fernandes. O doutorando Pereira, naquele momento era formado em pedagogia, com mestrado no Departamento de Sociologia da USP:⁴

Luiz Pereira, no curso de Pedagogia na Faculdade de Educação, cursara Sociologia, e também na Escola Normal, além de ter feito especialização e doutorado em Sociologia [...] o autodidatismo de Luiz e a voracidade com que se dedicou a atualizar e ampliar seus conhecimentos sociológicos, ainda em Araraquara, são boas indicações de uma competência que não se limitava aos temas da educação e sociologia da educação (Castro, 2010, p. 215).

O perfil de pedagogo e sociólogo da educação de Luiz Pereira se impõe nesta análise como ponto capital, pois foi um dos elementos a constituir sua relação intelectual e pessoal com a jovem estudante de pedagogia Cecília Donnangelo. Pereira lecionava no curso de pedagogia e instruía o campo sociológico pela apreensão da realidade escolar brasileira. Para se compreender a profundidade desse vínculo entre a educação e a sociologia, entre 1955 e 1961 foram propostos, no conjunto dos seis centros do INEP, 191 projetos de pesquisa, que podemos dividir em dois grupos centrais: um voltado para as relações entre a educação escolar e o meio social em mudança, e um que enfatizava o funcionamento interno da escola e sua administração (Ferreira, 2008, p. 283). Luiz Pereira apresentou o projeto Formação Profissional e Condição Social do Professor Primário Brasileiro, resultando no trabalho *O magistério primário numa sociedade de classes*, defendido como tese de doutorado na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP) em 1961 e publicado como *O professor primário metropolitano* (1963):

Essa pesquisa consistiu numa análise sociológica do magistério primário público estadual do município de São Paulo,

4 Sobre a constituição do Departamento de Sociologia da FFCL-USP e a influência intelectual de Florestan Fernandes e seu grupo, acompanhar debate em: JACKSON, Luiz Carlos. Gerações pioneiras na sociologia paulista 1934-1964. *Tempo Social - Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 116-130, 2000.

na qual a profissão foi abordada como uma das categorias ocupacionais por meio das quais se processava a participação das mulheres oriundas das classes médias na população economicamente ativa de um centro urbano em intenso processo de urbanização e industrialização. Analisando os valores e as atitudes presentes na formação do normalista e na carreira no magistério, Luiz Pereira colaborou para desmistificar a figura dos “missionários do ensino”, apresentando os professores primários como profissionais malremunerados e desprestigiados, que enfrentavam os desafios colocados pelo processo de integração a uma sociedade urbano-industrial (Ferreira, 2008, p. 287-288).

Foi nesse contexto de produção crítica educacional que houve o encontro de Luiz Pereira com Donnangelo: “conheci Cecília em 1959, quando fui reger a disciplina de Sociologia na recém-criada Faculdade de Filosofia de Araraquara. Ela fez parte da primeira turma e, no 2º ano, era quase minha auxiliar, tendo ajudado na tabulação dos dados de minha tese de doutorado” (Pereira, 1983, p. 22). Assim, parece-nos que, se era intermediado por metodologias sociológicas, esse diálogo tinha seu centro de convergência na reflexão educacional brasileira, especialmente na formação do professor. Para uma professora primária e secundarista formada sob bases de ensino católicas, acompanhar de tão perto a produção de conhecimento das pesquisas de Pereira, influenciaram a pedagoga Donnangelo a pensar uma nova educação.

A busca do social pela educação: a criação do Curso Experimental da FMUSP, 1968-1976

Em sua trajetória acadêmica posterior à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara, pouco se tem referido essa dimensão educacional de Cecília Donnangelo. A magnitude de sua formação pedagógica, decorrente do ambiente das questões educacionais brasileiras, como vimos aqui, foi muitas vezes eclipsada pela de cientista social, dimensão mais valorizada e interpretada, senão como única, como a mais atuante,

criando, pelo desconhecimento histórico, um “pano de fundo biográfico”, o que deve necessariamente afetar uma leitura mais refinada de suas próprias concepções sociológicas. Uma aproximação de sua entrada chegada à Faculdade de Medicina- USP reforça nosso olhar nessa direção.

O contato de Donnangelo com a medicina como objeto de suas preocupações e, posteriormente, como docente no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, onde trabalhou durante dezesseis anos, resultou inicialmente dessa experiência escolar relacionada a sua atividade no magistério secundário. Como professora de sociologia e psicologia de uma Escola Normal Estadual e coordenadora dos programas do curso, projetou e supervisionou uma pesquisa integrada por várias áreas da escola, realizada por estudantes junto a alunos de escolas primárias e referente a problemas de nutrição e rendimento escolar, passagem bastante sugestiva de sua linhagem sociológica, vinda de Luiz Pereira, a qual o trabalho de campo era um dos pilares considerados centrais para a formação de um sociólogo.

Desse trabalho de pedagoga e socióloga decorreram contatos com profissionais da área médica e um convite para proferir palestras na cadeira de Medicina Legal e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que então manifestava interesse pela implantação de um programa de ciências sociais no curso de graduação em medicina. Aos poucos, no entanto, foi ficando clara a orientação sociológica que se tentava implementar em termos de classificação comportamental, ao estilo de Nina Rodrigues, o que provocou um afastamento paulatino de Donnangelo e uma aproximação de um outro campo de saber médico, então denominado “Medicina Preventiva”.

Assim, se Donnangelo havia entrado como professora da FMUSP em 1964, através da referida cadeira, com apenas uma interrupção, em 1965, quando colaborou na elaboração e implantação do primeiro programa de curso e pesquisas em sociologia rural da cadeira de economia da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (Mota; Schraiber; Silva, 2004), já em 1969, começou a trabalhar no recém-criado Departamento de Medicina Preventiva como “instrutora de ensino”, a convite do então chefe do Departamento, o professor catedrático Guilherme Rodrigues da Silva:

[...] o Professor Guilherme Rodrigues da Silva, coordenador do Departamento de Medicina Preventiva desde o ingresso de Cecília, escreveu em seu depoimento: “Mas mesmo com toda a nossa convivência, uma coisa que nunca ficou clara para mim é por que ela escolheu trabalhar com Medicina, especificamente”. Sem dúvida, independente de querer explicar uma opção individual, podemos dizer que o tema da medicina e da saúde aflora com grande força na metade dos anos 1960 em nível internacional, e a OMS/OPS irão promover inúmeras discussões a fim de introduzir um modelo de ensino que fosse além da centralidade biomédica. Assim, as ciências sociais aparecem no cenário da medicina, e os primeiros sociólogos são contratados. De outro lado, a partir dos anos 1960, inicia-se uma mudança na estrutura dos serviços de saúde (expansão da cobertura, unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP), assim como dos padrões de morbimortalidade, trazendo essas temáticas para o campo de pesquisa (Nunes, 2008, p. 915).

A formação no campo educacional levou Donnangelo a primar pela organização didática das disciplinas ministradas no Departamento, inclusive, com a contratação de dois auxiliares de ensino⁵ que, a seu pedido, teriam representação no Conselho do Departamento. Nesse sentido, ela deu prioridade à formação, e não ao academicismo, e, apesar das críticas sofridas, essa foi uma opção absolutamente consciente (Silva, 2001, p. 23). Tais críticas podem ser reportadas à intensa luta pela reforma do ensino médico que se dava na FMUSP, em que Donnangelo teve um papel definitivo, participando ativamente da organização de uma nova proposta curricular para o curso médico, paralelo ao já existente, denominado Curso Experimental de Medicina (CEM-USP). Essa proposta integrava as disciplinas a partir de uma metodologia inovadora, com a preocupação em implementar um curso médico que formasse profissionais mais capacitados, com uma clara incorporação e um aprofundamento dos aspectos sociais da medicina e da saúde.

5 Ata do Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP, 2 out. 1972, p. 14.

O CEM-USP nasceu de uma solicitação, assinada por nove professores, à Congregação da Faculdade de Medicina, em 17 de outubro de 1966. Em 28 de março de 1967, o então diretor da Faculdade, João Alves Meira, aprovava a formação de uma Comissão de Orientação Didática do Curso Experimental de Medicina (CODCEM) e já em 5 de janeiro de 1968 seu memorial foi encaminhado ao governador do estado de São Paulo, pedindo a liberação de verbas especiais para a instalação do primeiro ano de suas atividades. Até 30 de abril de 1969, a coordenação geral do CEM-USP esteve sob a responsabilidade de Isaias Raw (Lacaz, 1999, p. 130).

Diante da novidade do ato, os alunos que fossem admitidos pelo vestibular seriam divididos em dois grupos distintos e poderiam escolher entre o curso tradicional, que seguia as diretrizes já formuladas pela Faculdade em períodos anteriores, e o curso experimental, com sua nova proposta de ensino para a formação médica. Nas palavras de Guilherme Rodrigues da Silva, um dos idealizadores do curso, o CEM-USP daria à FMUSP uma maior integração, bem como uma renovação curricular:

[...] esse grupo era liderado por Eduardo Marcondes Machado, que pensava em propor uma estrutura de ensino mais atualizada, baseada no modelo integrado de ensino por blocos, que a Universidade de Western Reserv, em Cleveland, Estados Unidos, vinha experimentando há muitos anos, com divulgação internacional grande através de vários trabalhos em revistas especializadas. Assim, nasceu a proposta com dois objetivos: integração com a universidade e modernização do currículo (Silva, 2001, p. 15).

O CEM-USP deveria se voltar para essas duas áreas, para esses dois *tipos de médicos*. Segundo Raw (1993/1994, p. 137):

O curso experimental introduziu uma série de ideias como a integração da medicina clínica e social desde os primeiros anos do curso médico; os alunos deveriam aprender a partir de livros e revistas, na biblioteca e nos laboratórios, em contato com pesquisadores ativos, e, finalmente, a formação de importantes grupos de pesquisa liderados por docentes oriundos da Medi-

cina [...]. Em nossa proposta à Opas, demos um possível exemplo do uso de focos de interesse para criar um curso básico destinado exclusivamente a estudantes de Medicina, que integra as ciências básicas, iniciação à clínica e a medicina social.

Nas palavras de Eduardo Marcondes, os objetivos gerais do CEM-USP no campo educacional, primava-se pela utilização de técnicas de ensino adequadas, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de estudar, de raciocinar e de trabalhar em grupo, sem desprezar o adestramento prático-manual ao exercício da medicina. Propiciar condições para a ampliação das opções para o estudante quanto às modalidades do exercício da profissão, oferecendo oportunidades para o desenvolvimento de uma mentalidade médica global, pela valorização de áreas gerais em relação às especializadas e do indivíduo como um todo psicossomático em relação à parte doente (Marcondes, 1995, p. 175).

Naquilo que dizia respeito ao planejamento de ensino, em relação à Faculdade de Medicina, propunha-se testar novos métodos de ensino no currículo de graduação médica, fornecendo subsídios para uma constante renovação das técnicas docentes, promovendo, centralmente, a integração da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo, contribuindo para uma nova formulação do ensino integrado de todos os currículos pertinentes à saúde, sendo considerado indispensável a existência do Hospital Universitário (Marcondes, 1995, p. 175). No que tange à abordagem das Ciências Sociais em questões da Saúde, o que viria a ser caracterizado pela própria Donnangelo como uma Sociologia da Saúde, em consonância com a perspectiva mais prática e de ensino mais integral do CEM, a sua opção recaiu em uma disciplina que, para discutir as teorias sociais, valia-se de pesquisas operacionais e de campo com temas médicos, mais uma vez acentuando sua perspicácia pedagógica. (Donnangelo & Pereira, 1976; Schraiber, 2011)

Não há dúvida de que a concepção trazida pelo Curso Experimental ensejou forte oposição daqueles que entendiam haver uma divisão de poder na Faculdade de Medicina. Somavam-se ao fato os reflexos do período ditatorial, quando professores e alunos, muitos do CEM-USP, foram perseguidos, torturados e/ou perderam seus postos de trabalho. Essa

conjuntura, eivada de “denuncismos” e com a avaliação de parte da instituição de que tal curso “não era capaz de refletir melhoria no ensino e na formação médica” teve seu desfecho em 30 de agosto de 1974, com a chegada à diretoria da Faculdade de Medicina de Carlos da Silva Lacaz, líder oponente daquilo que se chamava de “esfacelamento do curso médico”. Com o apoio da Congregação da Faculdade, já em seu discurso de posse, ele pedia a constituição de uma Comissão para proceder ao encerramento do projeto do CEM-USP e sua incorporação ao curso tradicional, por um projeto chamado de “fusão curricular”, a partir do ano de 1976.

O Departamento de Medicina Preventiva também não demorou a sofrer de forma mais contundente as refregas da política interna da instituição, por ações abertas e outras não tanto. Exemplarmente, um “autor desconhecido” redigiu o chamado Projeto de Ação da Faculdade de Medicina-USP no Centro de Saúde do Butantan, guardado por Carlos da Silva Lacaz num rico dossiê documental sobre aquele momento. Numa linguagem de inclinação policial, se tentava fazer uma avaliação da situação em que vivia a faculdade, com uma denúncia de tom bastante grave: “o corpo docente do Departamento de Medicina Preventiva é *todo* ele composto de elementos politizados, adestrados em propaganda política e que já utilizaram o Centro de Saúde da Lapa para seus objetivos antinacionais”.⁶ Segundo essa narrativa, aquele grupo espalhado pelas capilaridades do Departamento era uma ameaça, sendo o Centro de Saúde do Butantan um polo especial de preocupação. Para deixar mais vivas as cores dos fatos, o programa de saúde mental recebeu a seguinte reserva:

[...] a população a ser atendida pelo Centro de Saúde do Butantan gira em torno de 70.000 famílias, de nível socioeconômico baixo, constituída primordialmente por operários. Sabemos que, dentre as tarefas a serem empreendidas pelo Centro de Saúde do Butantan, está um programa de Saúde Mental. Sabemos também que os responsáveis pela área de Saúde Mental do Departamento de Medicina Preventiva *são elementos reconhecidamente subversivos e com adestramento psicopolítico.*

6 Projeto de ação da Faculdade de Medicina da USP no Centro de Saúde do Butantan, 1976, p. 2. Manuscrito sem autoria.

Fica claro, portanto, o perigo que tal fato representa, pois é notório que esses elementos aproveitar-se-iam da situação para inocular na mente daquela população desfavorecida ideias radicais e instigadoras de rebelião (grifos nossos).⁷

Finalmente, dentro de um quadro conjuntural desfavorável ao Departamento de Medicina Preventiva, uma ação abertamente ligada à disciplina ministrada por Cecília Donnangelo poria fim a sua experiência docente na graduação. Isso porque, junto com o projeto de fusão curricular, enviou-se ao então coordenador da Câmara de Graduação da USP um arrazoado sobre o fato de se terem permitido:

[...] distorções evidentes da atual estrutura curricular que não vêm atendendo às necessidades de ensino, cujo padrão, segundo os docentes, vem caindo assustadoramente. Disciplinas não pertinentes à formação do médico, como “Ciências Sociais”, têm sido ministradas [...] [e se pedia a urgente] supressão da disciplina de Ciências Sociais, cujo conteúdo ministrado identifica-se ao ministrado em departamento da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas”⁸

Mesmo com pedidos oficiais à Congregação de Guilherme Rodrigues da Silva e de uma forte mobilização estudantil em apoio à disciplina, ela foi suprimida entre 1976 e 1977⁹. Essa nova conjuntura mudou a vida acadêmica de Donnangelo, que passou a desenvolver, sobretudo, atividades didáticas em nível de pós-graduação,¹⁰ inclusive assumindo a co-

7 Projeto de ação da Faculdade de Medicina da USP no Centro de Saúde do Butantan, 1976, p. 3. Manuscrito sem autoria.

8 Carta de Carlos da Silva Lacaz enviada a Antônio Guimarães Ferri (Coordenador da Câmara de Graduação), São Paulo, 27 out. 1976, p. 1.

9 Houve greve dos alunos entre 15 de outubro de 1976 e 11 de novembro de 1976. Entre os motivos dessa paralisação estavam as mudanças curriculares propostas pela Congregação da faculdade, entre elas, o fim da disciplina de Ciências Sociais.

10 Entre a década de 1970 e o início da de 1980, Cecília Donnangelo prestou assessoria e co-orientação a Chester Luiz Galvão César (mestrado), Eleutério Rodrigues Neto (mestrado), Joaquim Alberto Cardoso de Mello (doutorado), Julio Litvoc (mestrado), Luci Moreira da Silva (doutorado), Maria Bernadete de Paula Eduardo (mestrado), Maria Mercês Santos (mestrado), Moisés Goldbaum (mestrado e doutorado), Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (mestrado) e Solange L'Abate (mestrado), e orientação a Ana Cecília Lins Silveira Sucupira (mestrado), Emerson Elias Merhy (mestrado), Hesio de Albuquerque Cordeiro (doutorado), Lília Blima Schraiber (mestrado), Luiz Cordoni (mestrado), Luiza Sterman Heilmann (mestrado), Regina Maria Ferreira de Almeida (mestrado) e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (doutorado).

ordenação do curso de pós-graduação em Medicina Preventiva. (Ayres; Mota, 2012.p.125-137) No entanto, muitas questões suscitadas por ela já vinham sendo incorporadas ao pensamento médico crítico, pelo movimento de renovação curricular do período e por autoridades da área de saúde. Uma marca nascida também de sua capacidade de visão pedagógica, de pensar a educação médica e suas repercussões no País.

Durante esse turbulento processo, ela obteve, pelo Departamento de Medicina Preventiva, os títulos de doutora em ciências, com *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho* (1973), e de professora livre-docente, com *Medicina e estrutura social: o campo da emergência da medicina comunitária* (1976).¹¹ Em seu doutorado, rompendo com a ideologia liberalizante da profissão, logrou detectar a crescente tendência à proletarização dos médicos. Sua análise parte do conceito de atuação do Estado via Inamps e do avanço do capitalismo no Brasil, quando se constituem as empresas médicas e o Estado passa a assegurar o mercado das empresas. Já na livre-docência, desenvolveu um trabalho essencialmente teórico, cuja preocupação maior era delimitar o objeto de estudo e análise da sociologia da saúde (Mota; Schraiber; Silva, 2004, p. 27):

Sem dúvida, esse texto lança questões que seriam nucleares para os futuros estudos da medicina/saúde como prática social e sobre o processo de medicalização da sociedade. Certamente, a força do trabalho reside no fato de, diferente do estudo anterior, não ser um trabalho empírico, mas de construção teórica. Destaca-se que a apreensão da relação medicina/produção capitalista é realizada quando o estudo estabelece a conexão entre prática médica e força de trabalho, que, segundo Luiz Pereira é estratégico para o “estudo das funções infraestruturais”, como também para o “estudo de suas funções supraestruturais” (Nunes, 2008, p. 906).

Todo esse percurso teórico-educacional alimentou a incessante busca de Donnangelo pelo social, em caminhos construídos a partir das

11 Publicados respectivamente como *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho* (pela Pioneira, em 1975) e *Saúde e sociedade* (pela Duas Cidades, em 1976).

contingências, das rupturas necessárias, das permanências articuladoras do acontecimento e de sua singularidade. Olhar para essa esfera pela educação talvez revele algo novo a respeito de seu pensamento, que poderá ser devidamente estudado e aprofundado, já que é ainda pouco pesquisado em sua complexidade, mesmo com tantos rastros e pistas, como observou Schraiber (2011, p. 11-20):

Sua produção teórica inova em pelo menos três direções: sobre a medicina como prática em mercado; sobre a medicina como prática técnica e social; e sobre a medicina como prática de educação. Embora essas três direções se conectem como questões da relação entre o social e a medicina, e possam ser resgatadas como foco central de sua produção científica, as duas primeiras estão mais desenvolvidas e correspondem a seus dois livros (*Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, de 1975; e *Saúde e sociedade*, de 1976), estando a terceira apenas preliminarmente explorada em um texto que escreveu acerca da prática de educação em saúde.

Ao fim e ao cabo, ao se recuperar historicamente seu percurso de pedagoga e educadora, quer para definir pontos de tensão e limites em sua experiência educacional, quer para apontar ações criativas capazes de implantar uma nova concepção na formação dos médicos, o importante é notar invariavelmente o aspecto social como eixo central de todo o seu investimento intelectual, este perfeitamente identificável em todo o seu percurso:

[...] eis aí o indicador máximo da excelência do pensamento teórico: retornar à quotidianidade, constituindo as identidades sociais particulares das pessoas em sua vida comum, sem que elas suspeitem que as categorias mentais à base das quais procedem a essa construção tenham sido arduamente arrancadas das aparências e dos preconceitos em tempos anteriores. Nada mais seria preciso para demonstrar que o pensamento teórico de Cecília Donnangelo se incorporou à herança da humanidade e que, nesse sentido, ela permanece viva (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 4).

Referências

- ABREU, Maurício de Almeida. Sobre a memória das cidades. **Território**, ano 111, n. 4, p. 5-26, jan./jun. 1998.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; MOTA, André. Departamento de Medicina Preventiva In **Trajatória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da “Casa de Arnaldo”**, MOTA, André; MARI-NHO, Maria Gabriela S.M.C. (orgs.), vol.2, São Paulo, CD.G. Casa de Soluções e Editora, 2012.p.125-137 qual e o titulo da obra principal??
- CANATO, César. **ARENA e MDB em Araraquara (1965-1979)**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.
- CASTRO, Conrado Pires de. Luiz Pereira e sua circunstância: entrevista com José de Souza Martins. **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 211- 276, 2010.
- CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.
- DONNANGELO, Maria Cecília. **Curriculum Vitae**, 1982. Mimeo.
- DOSSE, François. **O desafio biográfico: escrever uma vida**. São Paulo, Edusp: 2009.
- FERREIRA, Márcia Santos. Os Centros de Pesquisas Educacionais do INEP e os estudos em ciências sociais sobre a educação no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, v. 13, n. 38, p. 279-292, maio/ago. 2008.
- JACKSON, Luiz Carlos. Gerações pioneiras na sociologia paulista (1934-1964). **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 116-130, 2007.
- LACAZ, Carlos da Silva. **História da Faculdade de Medicina da USP: reminiscências, tradição, memória de minha escola**. São Paulo: Atheneu, 1999.
- MARCONDES, Eduardo. O Curso Experimental de Medicina da Universidade de São Paulo. **Educación médica y salud**, v. 9, n. 2, p. 172-195, 1975.
- MEDINA JUNIOR, Clodoaldo. **Bem-vindos a nossa história: Teatro Experimental de Comédia de Araraquara (1955-1962)**. 2009. Tese (Doutorado em Artes) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Cecília Donnangelo hoje. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-5, 1992.

MENDONÇA, Ana Waleska P. C. Pragmatismo e desenvolvimentismo no pensamento educacional brasileiro dos anos de 1950/1960. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 31, p. 96-113, 2006.

MESSIAS, Rosane Carvalho. **O cultivo do café nas bocas do sertão paulista: mercado interno e mão de obra no período de transição 1830-1888**. São Paulo: Edunesp, 2003.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima; SILVA, Joana Azevedo. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde a para a história da profissão médica no Brasil à obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 909-916, 2008.

PEREIRA, Luiz. Maria Cecília Donnangelo: seis lembranças e um depoimento. **Medicina, Cultura & Ciência – Revista da Associação Médica Brasileira**, p. 1-23, 1983.

RAW, Isaias. Reformulação do ensino médico: Faculdade de Medicina e a USP. **Revista da USP**, São Paulo, n. 20, p. 131-137, 1993/1994.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa; JUNQUEIRA, Marili Peres. A saúde pública nas cidades de Rio Claro, São Carlos e Araraquara, em fins do século XIX. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a historia e suas interfaces**. São Paulo: USP, 2011. p. 235-258. (Coleção Medicina, Saúde e História.)

SCHRAIBER, Lilia Blima. Prefácio. In: DONNANGELO, M.C; PEREIRA, J.C.M. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 2011. pp. 11-20

SILVA, Guilherme Rodrigues. In: CHASSOT, Walkiria Costa Fucilli (Org.) **Memórias de origens: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 20 anos**. São Paulo: Hospital Universitário-USP, 2001.

TELAROLLI, Rodolpho. **Poder local na República Velha**. São Paulo: Nacional, 1977.

SOUZA, Rosa Fátima de. **O ensino secundário e a formação das elites na morada do sol: Araraquara-SP 1911-1950**. São Paulo, s/d, 12p. Mimeo.

VAIDERGORN, José. **As seis irmãs. As Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras: institutos isolados de ensino superior no estado de São Paulo – 1957-1964**. 1995. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico

Cecília Donnangelo

A ideia original foi a de tomar, em cada aula, uma espécie de síntese da concepção de epidemiologia presente na exposição do autor e na pesquisa que ele apresentava. Para trabalhar hoje, no último dia do curso, não exatamente com uma proposição acerca da conceptualização do social no campo da epidemiologia. Mas, sim, com um apanhado dos conceitos de social presentes na exposição dos diferentes autores que passaram pelo curso.

Infelizmente, eu não tive condições de comparecer senão a uma das aulas. De maneira que não havia possibilidade, embora eu conheça o trabalho das pessoas que por aqui passaram, de sumariar o tipo de exposição feita aqui.

Eu optei por fazer uma ligeira apresentação do que, me parece, sejam as concepções do social presentes nas tendências da epidemiologia contemporânea. Suficientemente ligeira para que se possa tentar situar as diferentes posições que passaram no decorrer do curso, através da apresentação dos diferentes expositores.

Propomos esta forma de trabalho, simplesmente para o curso não terminar com uma exposição. Tentando a recuperação das aulas dadas aqui. Uma recuperação que terá que ser feita, na verdade, muito mais por vocês do que por mim. Se eu tivesse estado presente às aulas, estaria fazendo essa síntese hoje.

Eu começaria, nessa questão das concepções do social presentes no campo da epidemiologia, por uma proposição muito geral. Não há como encontrar, no desenvolvimento do campo da epidemiologia, concepções do social que fujam muito das elaboradas no interior da própria Ciência Social. Desde a proposta da epidemiologia clínica até a proposta atual da chamada epidemiologia social, o social vai variar em função das próprias conceptualizações de social presentes no conhecimento sobre o social prévio à própria epidemiologia.

Portanto, é muito improvável que ao tentar rastrear as concepções do social no campo da epidemiologia vá se encontrar extremas variantes. Essas concepções, praticamente, se reduzem a duas variantes mais gerais.

Uma delas considera o social como objeto em si, como uma realidade em si. Que só pode ser apreendida em sua integralidade, independentemente das contaminações pelo conceito de individual. Uma outra grande variante, na qual o social aparece como uma realidade em si, mas sempre redutível ao individual, surge quando a epidemiologia busca instrumentalizar a prática médica propriamente dita, que até hoje não perdeu o seu caráter de prática individual.

Eu vou repetir isso de outra maneira. Quando eu olho para o campo da epidemiologia as duas grandes variantes da concepção do social que eu vejo são: (1) de um lado, posições que dizem existir um social que é significativo para a compreensão do processo saúde/doença e deve ser investigado (trabalhado) e sobre ele devem-se fazer intervenções que possam redundar em alterações ou nos comportamentos ou nos estados patológicos vivenciados pelos indivíduos que a medicina trata (essa é uma das grandes tendências do social na epidemiologia); (2) de outro lado, tendências que buscam apreensão do social como totalidade, em nenhum momento redutível ao individual, só apreensível na medida em que se desenvolvem concepções renovadas do processo saúde/doença, e que só comportam intervenções sociais, ao nível propriamente social e não ao nível individual, próprio da prática médica.

Eu vou tentar mostrar como é que, no meu entender, os elementos que compõem o campo da epidemiologia se orientam mais para uma dessas concepções, ou mais para a outra.

Regra geral, acho que vocês já têm na cabeça qual seria o quadro dessa distribuição das epidemiologias. Aquilo que provavelmente foi mais frequentemente chamado aqui de epidemiologia convencional corresponderia à primeira dessas tendências. E o que vem sendo chamado de epidemiologia social corresponderia, grosso modo, à segunda dessas tendências. O que implica dizer que as duas têm uma concepção de social.

A concepção de social é algo inerente à proposta de epidemiologia social. Enquanto a epidemiologia tradicional, convencional, parece que não adere a nenhuma concepção de social. Adere sim, não há como

pensar o campo de relações com que a epidemiologia tradicional trabalha sem considerar o social. A única diferença é que o social não aparece como objeto próprio, ele aparece como um objeto apreensível através do individual.

Eu tenho a impressão que não é nenhuma novidade para o pessoal da área de Ciências Sociais: a presença dessas concepções no campo da própria Ciência Social. Para que serviu, fundamentalmente, a teoria da ação de Parsons? Ela serviu, na verdade, muito mais como instrumento para se poder fazer esse caminho do social para o comportamental. Ou seja, de uma outra forma, do social para o individual, pois o comportamental é sempre referido ao individual.

Então vamos começar com essa história de epidemiologia convencional e de como nela aparece o conceito de social.

A epidemiologia tradicional representa já um substantivo progresso, eu acho que vários dos expositores lembraram isso a vocês. Representa um progresso bastante substancial no plano das concepções sobre saúde e doença em termos de espaço que ela abria para o social, para a presença do social.

A prática médica previamente é investigação clínica, que antecede o aparecimento da epidemiologia e, depois, convive com o desenvolvimento da investigação epidemiológica.

A investigação clínica só se serve do grupo, só recorre à investigação do grupo, à preocupação com o grupo, só toma o grupo como objeto em algum momento para poder trabalhar com as flutuações, que se identificam no desenvolvimento dos estados patológicos a nível individual. O que importa na investigação clínica, na intervenção clínica, é fundamentalmente o individual. Vamos trabalhar grupos eventualmente, e muitas investigações clínicas trabalham com o grupo. Mas trabalham com o grupo num somatório de indivíduos, um conjunto de indivíduos em cujo interior se dá um certo grau de variabilidade no desenvolvimento dos estados patológicos. Que podem servir de ponto de referência para compreender o estado patológico do indivíduo. Ou, mais que o estado patológico do indivíduo: a elaboração de um padrão que possa ser demonstrativo de como certos estados patológicos aparecem, se desenvolvem e, finalmente, resultam na morte ou na cura. A epidemiologia vai estar, em seu

primeiro momento, no interior do conhecimento médico em que o grupo não é mais que um elemento estratégico no processo de investigação, o grupo realmente não é o alvo da investigação.

Como hoje se define, de forma simples, a epidemiologia? Como o estudo do processo saúde/doença em populações. Isso não é brincadeira, populações são realmente o alvo da epidemiologia, seja ela a que chamamos de convencional, seja a que chamamos atualmente de social. Realmente, supera-se, no plano da análise e no plano da intervenção, a proposta do individual como centro da prática da investigação. Então, nesse sentido, a epidemiologia já traz para o interior do campo de saber médico algo que é referente ao social. Eu estou trabalhando com grupos, não estou trabalhando com a expressão individual de um fenômeno. Eu estou trabalhando com a forma pela qual coletivamente um fenômeno se processa. O que vai indicar, inegavelmente, a presença de um social na epidemiologia.

O que ocorre, entretanto, nos diferentes momentos da epidemiologia, mesmo naquela que se trabalhou mais provavelmente aqui, com a qual se trabalha mais correntemente? O que nós conhecemos, mais correntemente, de trabalho com a epidemiologia é centrado na noção da história natural da doença.

O que isso representa, em termos da distinção entre um campo que trabalha fundamentalmente com processos individuais e um campo que trabalha fundamentalmente com processos sociais? Eu não estou muito preocupada com uma coisa que é frequentemente levantada, que é o significado marginal com que entra o social no interior da história natural da doença. Marginal, porque chama-se história natural, não se chama história social da doença. Ela é uma história natural em que o social aparece naturalizado também. Releio: o social está lá, dentro de um conjunto de elementos que são tomados como centrais para a articulação capaz ou não de provocar a doença. O social é uma parte daquilo que se chama meio (agente, hospedeiro e meio). O social é um pedaço do meio, um pedaço naturalizado. Mas, naturalizado ou não, está presente. Eu não descarto de maneira nenhuma a proposição de que no meio, no conjunto de coisas que eu chamo meio, a existência de agrupamentos humanos pode ser considerada no processo de saúde/doença. Por outro lado, trabalha-se

com o processo saúde/doença, trabalha-se com uma noção de processo. A epidemiologia traz, a um só tempo, para dentro do conhecimento sobre a saúde/doença a noção de processo e a noção de grupo.

Essas duas características da proposta epidemiológica, eu diria, são substantivamente inovadoras, em termos de conhecimento por referência ao conjunto do saber médico. E são com essas duas coisas que se vai trabalhar daqui para frente. É um processo, e este processo se passa sobre um coletivo. Ele produz realmente uma noção de coletivo no interior da concepção de doença, que não se encontrava presente previamente. Claro que essa noção é de coletivo, ou seja, o social aparece um pouco naturalizado. Ele é um elemento a mais no conjunto de elementos que compõem o meio. Equivale, de certo modo, a água, a qualidade do ar, a presença do bicho no meio. Ele é um pouco naturalizado e por outro lado ele é um coletivo, é um somatório. Mas o fato de ele ser um coletivo, ou seja, que o social esteja sendo concebido aí como um conjunto de indivíduos em relação, não tira dele o caráter de social. É uma concepção de social.

Essa concepção, aliás, não é uma imbecilidade da epidemiologia. Essa concepção é corrente em uma série de análises, inclusive sociológicas. Não quer dizer que essas análises sociológicas são de má qualidade. Não é uma aberração do pensamento sobre a saúde/doença essa incorporação do social seminaturalizado sobre a forma de um coletivo. É fácil detectar, numa série de textos que se pretendem sociológicos, não uma clara redução do social ao coletivo. Mas o tratamento que frequentemente se dá ao social sugere o social reduzido a uma agregação de indivíduos ou um conjunto de indivíduos em relação.

É, no fundo, esse tipo de conceito que se encontra na pesquisa epidemiológica convencional. Quando se trabalha com uma concepção de meio, no qual também o social se inclui. Um tipo de meio cuja manifestação deveria estar presente em cada um e em todos os indivíduos que eu investigo. E não deveria estar presente no conjunto de outros indivíduos que eu também investigo e que constituem aquilo que é chamado grupo de controle pelos epidemiologistas.

O que dá ao social essa característica de coletivo é isto: ele é alguma coisa que se manifesta em cada um dos sujeitos que compõe dada população. É isto que eu pesquiso, pelo menos. Vou verificar se em cada um

dos sujeitos que compõe uma dada população (e que tem um nível de escolarização X, um tipo de participação no processo produtivo Y, um nível de renda Z) se manifestam, ou não, os processos patológicos. Quer dizer, o social passa a ser algo que, de alguma maneira, interferirá sobre o processo saúde/doença através da forma que ele adquire no nível individual. Eu não estou preocupada com o que seja o social. Estou preocupada, pelo contrário, com o que se manifesta nos indivíduos como parcela da sua personalidade, do seu comportamento, da sua totalidade individual. O que neles se manifesta como expressão do social que eu não vou investigar. O que me interessa, efetivamente, é descobrir, no nível de indivíduo, a relação que existe entre o processo patológico e as características que esses indivíduos guardam porque pertencem a um dado tipo de sociedade.

Esse tipo de concepção está presente não apenas no procedimento epidemiológico, mas também nas práticas de intervenção que esses procedimentos epidemiológicos sustentam. Eu me lembro, na única aula a que eu assisti, Ricardo [*Bruno Mendes Gonçalves*] ter lembrado o caráter que esta orientação acaba assumindo nas propostas de medicina integral. A epidemiologia é um elemento a mais, um elemento extremamente significativo para permitir a compreensão do indivíduo como totalidade individual e permitir as intervenções da medicina integral sobre uma totalidade. Sobre um conjunto integrado, pelo menos, e não sobre uma totalidade. Esse é um dos elementos de aplicação prática, que este tipo de postura permite imediatamente. Nenhuma crítica, eu só estou detectando que é isso que acontece. E não é apenas quando eu penso em termos de intervenção clínica que eu acabo trabalhando exclusivamente no plano individual. Também a epidemiologia, nesse sentido, quando atua sobre um coletivo destina-se aos elementos que constituem esse coletivo. Tanto quanto na medicina integral, em que a coisa é individualizada, pois se destina a pensar cada indivíduo como uma totalidade: o indivíduo biológico, psicológico e também social.

Ou seja, o que eu quero saber, naquele indivíduo: que pedaço, nele, reflete a realidade social mais ampla? Eu suponho que deva vir do indivíduo um tipo de manifestação da forma de vida social. E é por aí que eu vou apreendê-la: basicamente pelo caráter. Eu vou apreender o social pelo caráter que ele assume no comportamento individual.

Mesmo a epidemiologia mais tradicional opera níveis de intervenção mais gerais como, por exemplo, a prática do planejamento. Vou planejar práticas de saúde, ou determinadas intervenções sobre uma população. Isto se encontra presente na forma com a qual eu manipulo os pedaços naturais do meio e os pedaços sociais do meio. Diz respeito diretamente à maneira pela qual aqueles pedaços naturais e os pedaços sociais interferem sobre o conjunto de indivíduos que eu quero proteger de determinadas manifestações patológicas.

Gostaria de fazer duas lembranças: (1) Posso criticar este tipo de conotação que se dá ao social dentro da epidemiologia convencional. Mas eu não posso considerar isso, de forma nenhuma, privilégio dos epidemiólogos, no exercício das práticas de investigação médica, ocupando-se do problema da saúde/doença. (2) É uma manifestação de um modo de tratamento que se encontra presente nas teorias sociais em geral; não em todas as teorias sociais, mas na teoria social em geral. Não é, em absoluto, uma ideologia; também não é, em absoluto, privilégio da epidemiologia convencional. Não se trata nem de fragmentação do social, mas de redução do social a suas manifestações em nível individual.

Eu vou, agora, considerar a epidemiologia social, grosso modo ainda. A epidemiologia social, grosso modo, é a epidemiologia que tenta corrigir este tipo de coisa. Ela continua, de certo modo, com a noção de processo saúde/doença. Quer dizer, o ganho que se teve com a elaboração da noção de processo saúde/doença não vai ser abandonado pelos chamados epidemiólogos sociais, vai ser preservado.

O que os epidemiólogos sociais vão tentar fazer é, fundamentalmente, a correção deste aspecto da concepção do social na epidemiologia anterior. Aqui, um outro reparo. “Anterior” não significa que, até aqui, nós tivemos um tipo de epidemiologia e daqui para frente nós teremos outro tipo de epidemiologia. Do mesmo modo que todo mundo que trabalha com Ciências Sociais sabe, perfeitamente, que se tem que conviver com vários tipos de ciências sociais. E que elas não perdem inteiramente a sua significação explicativa quando eu estou me ocupando de vários níveis do real. Por exemplo, ninguém diz atualmente, dentro da sociologia, que eu posso pegar as teorias não marxistas e jogar no lixo. Por que elas não prestaram para nada. Eu posso é dizer que elas têm um nível de aproximação com

o real diferente do marxismo. E, se elas não tivessem um significado, ou explicativo ou então minimamente um significado político, não estariam presentes até hoje e de longa data no campo das Ciências Sociais.

Quando eu digo “depois do surgimento da epidemiologia social”, não estou pretendendo dizer que se sucederam formas de ver o processo saúde/doença. Que uma das formas está extremamente ultrapassada, pode ser jogada fora e a outra vai substituí-la com êxito. Depois, eu vou dizer por que acho importante a gente não se apressar nesta rejeição integral da epidemiologia convencional. Vou dizer por que, em minha opinião, a epidemiologia convencional, é significativa.

Vamos, então, para a parte de epidemiologia social. O reparo que os epidemiólogos tentaram fazer era exatamente em relação ao que é este social. Então, vocês passaram por todo um conjunto de críticas. No Brasil, a crítica mais sistemática, mais divulgada, mais conhecida de todo o mundo, é a crítica que faz Arouca [*Antônio Sérgio da Silva Arouca, ou simplesmente Sérgio Arouca*] em um artigo, mas também na sua tese de doutoramento em Campinas [SP]. Estava preocupado com esse caráter fragmentado que o social adquiria, sempre quando na epidemiologia ele era tratado através das variáveis sociais.

Eu tentei ir um pouco além deste tipo de identificação. Eu não estava muito preocupada se o social era tratado ou não através de variáveis. Por que o fato é que mesmo os epidemiólogos sociais continuam tratando o social através de variáveis. Então, tenho a impressão que não gostaria muito de mostrar a peculiaridade do social por esta via. Se eu mostro, fica complicado. Porque eu chego aqui e encontro muito epidemiólogo que diz estar fazendo epidemiologia social trabalhando com variáveis. Então, eu prefiro pegar por outro ângulo. Eu acho problemático, no conceito de social que a epidemiologia convencional adota, a maneira como ela operacionaliza a pesquisa do social. Não há jeito, mesmo em uma perspectiva marxista de análise, de rejeitar o empírico. Deixar de se aproximar do empírico. Nesta hora, facilmente, a gente acaba pesquisando variáveis. Redefinidas, mas variáveis também.

Fugindo da questão das variáveis: eu prefiro apresentar como “peculiar”, no conceito de social da epidemiologia clássica, essa fácil permeabilidade do social pelo individual. Essa fácil redutibilidade do indivíduo

social ao individual, por causa dos usos que a epidemiologia clássica busca: a ligação, de um modo ou de outro, do mecanismo imediato de intervenção sobre o processo saúde/doença. O que os epidemiólogos sociais fazem são duas coisas: primeiro eles tentam preservar a identidade do social e defendê-lo dessa redutibilidade ao individual; e tentam recompor, sem dizer, mas de certo modo eles trazem presente a proposição de que se deve recompor os processos de intervenção sustentados pelo conhecimento epidemiológico.

[INTERVALO]

Eu dizia que os epidemiólogos sociais tentam duas coisas: o conceito de social está presente e também as práticas de intervenção. Como se dá essa proposta de recomposição do conceito do social como objeto?

A proposta é exatamente de que o social seja pensado em sua integralidade, como social. Que a sociedade seja pensada como sociedade. Que as relações entre o modo de organização social e a doença sejam núcleo da investigação e não que a relação entre determinados elementos do social, que podem se manifestar a nível individual, seja ponto de referência para a investigação.

O ponto de referência para a investigação deve partir da constatação de que a sociedade “é patológica” (*gente, agora eu vou pôr uma aspa enorme*).

Cuidado, que esse patológico aqui não diz respeito a nenhum conceito biologicizante de sociedade. Mas, de que a sociedade é patológica no sentido de que a doença ou a saúde, ou o processo da saúde à doença, são algo que deriva diretamente da forma de organização social. Ainda quando eu possa apresentar o conjunto de elementos naturais que interferem na produção da doença, o fato é que eu tenho que hierarquizar esses níveis. Eu não posso continuar com eles todos embolados. E o que a epidemiologia social faz (*eu estou dizendo que o que a epidemiologia social faz, não estou dizendo que um ou outro autor faz; tanto que eu vou encontrar uma série de variantes, uma série de estratégias, no interior de pesquisas dos diferentes autores*) para fugir um pouco dessa regularidade, que eu estou tentando demonstrar aqui, não representa nada mais do que uma inversão da perspectiva anterior. O que eu tinha aqui, de certo

modo, era um tipo de subordinação do social ao natural. O que eu busco aqui agora, é de certo modo o inverso. É uma subordinação do natural, dos processos biológicos referentes à presença da saúde/doença, ou dos processos presentes no meio natural, uma subordinação desses processos à forma da organização social.

Bem, então eu vou tratar primeiro do social como determinante. O conceito de determinação da epidemiologia social não é, em absoluto, equivalente ao conceito de causalidade. A maior parte dos epidemiólogos sociais não tem trabalhado sistematicamente com isso. A proposta da epidemiologia social é um pouco nebulosa. Nebulosa não significa que ela seja errônea, significa pura e simplesmente que ela não está acabada como proposta. E que muitos dos epidemiólogos sociais, até certo ponto, não se aplicaram a fazer uma reflexão crítica da sua própria prática. Não sei exatamente como a maior parte deles se comportou aqui, pode ser até que já tenham feito. Mas o fato é que, como a proposta da epidemiologia social é relativamente recente, as investigações se justificam muito pelo seu caráter de engajamento no movimento. Não houve tempo ainda para que o pessoal assumisse a responsabilidade pela criação de outro grande conjunto de processos que se encontram presentes na realidade.

Então, primeiro eu mudo a posição do social dentro da explicação; segundo, eu mudo a compreensão do social também. O social não se aplica na determinação de alguns fenômenos por outros fenômenos. A determinação não quer dizer a presença eventual de relações causais. Eu apelo para um conceito mais geral do que o conceito de causa. Eu apelo, eu radico, eu não trabalho com causas eficientes; com aquilo que, imediatamente, provoca uma outra coisa. Eu radico, no nível da realidade digamos, a responsabilidade pela criação de um outro grande conjunto de processos que se encontram presentes na realidade.

Então, eu primeiro mudo a posição do social dentro da explicação; segundo, eu mudo a compreensão do social também. O social pode não ser, inclusive, apreensível através dos indivíduos. Vamos dizer, certas dimensões do social podem não se encontrar presentes necessariamente no comportamento individual. São elementos estruturais que eu não vou encontrar aparecendo no comportamento das pessoas. São elementos da sociedade, não são elementos próprios do comportamento próprio

do indivíduo. Não são elementos próprios da personalidade individual, da totalidade individual. Claro que eu dou de barato, necessariamente, que os indivíduos não podem escapar daquele social. Mas, dizer que os indivíduos são determinados por algumas características do social não significa dizer que elas se encontrem presentes neles. O que significa, do ponto de vista da epidemiologia social, que o social deve ser investigado em si. Ou seja, não me adianta mais ir lá pegar, por exemplo, o conjunto dos sujeitos que manifestam a tuberculose, ou dos que não manifestam a tuberculose. Claro que eu até posso fazer isto. Mas, se eu tiver que manter rigorosamente a proposta da epidemiologia social este é apenas, no máximo, um nível de análise. Aquele em que eu afunilo a investigação para trabalhar a manifestação a nível individual do processo saúde/doença.

Mas mesmo esta percepção do processo saúde/doença a nível individual, e por isso ele é apenas um nível de análise, não terá significado maior se ele não for de algum modo iluminado por uma compreensão prévia do processo de saúde/doença na sociedade. Ou seja, de algo que não se encontra precisamente formulado. De uma concepção de saúde/doença que não possa ser exatamente confundida com estados patológicos que se manifestam a nível dos indivíduos. E é, talvez, aí que a proposta se encontre menos acabada: quer dizer, o que é a doença, quando eu não posso localizá-la num indivíduo? Vejam bem, são muitos séculos de história médica e, agora, biológica especificamente, que remeteram a questão do patológico a nível individual. Toda a carga de saber referente à doença traz a conotação de processo individual, não tem outro jeito histórico de pensar a doença. Pelo menos a doença. Talvez haja outro jeito de pensar saúde, mas a doença sempre foi historicamente pensada como manifestação individual. É o indivíduo que morre, ou é ele quem sobrevive, ou é ele que é afetado de um jeito X ou Y. Então, a proposta de epidemiologia social, de certo modo, encontra um *gap* aqui. Eu posso, ou devo, trabalhar naturalmente a nível do indivíduo, por que? Porque eu na verdade não disponho de um sucedâneo para o conceito de doença. Mas, tenho de algum modo que articular essa doença individual a alguma coisa que eu tomei como determinante. Que o social, esse miolo, essa articulação aqui entre os dois níveis não está em absoluto completa, não está em absoluto acabada.

Há um material muito divulgado no Brasil, e é por isso que eu vou fazer referência aqui a ele. A proposta mais divulgada no Brasil, atualmente [1982], na área da epidemiologia social é a proposta do Jaime Breilh e Edmundo Granda, dois grandes equatorianos, que tentaram sistematizar as questões que se encontram subjacentes.

(Faço um lembrete, nem todos os trabalhos, que dizem que são trabalhos de epidemiologia social necessariamente trazem essas características que eu estou indicando, nem mesmo a do mau acabamento. Há uma grande parte dos trabalhos que se autodesignam de epidemiologia social, que são epidemiologia convencional mesmo. Não têm, não se enroscam nessas confusões em que a epidemiologia social está enroscada. Nem por isso eu estou tentando desmerecer a epidemiologia social, eu só estou tentando lembrar que ela está se metendo em uma tarefa nova e que necessariamente está inacabada).

Essas propostas de epidemiologia social conseguem se posicionar bem por referência a dois momentos da análise do processo saúde/doença. A doença é determinada socialmente, com isso ela remete primeiramente a investigação para o social. O social é determinante, ele tem que ser investigado em sua totalidade. É claro que mesmo esse social determinante tem que ser investigado em sua totalidade e vão aparecer concepções do social não exatamente iguais.

A maior parte dos epidemiólogos sociais, entretanto (*a maior parte, não estou dizendo todos*), na verdade trabalha com uma concepção marxista do social, o que não é obrigatório. O que não é, em absoluto, obrigatório para eu escapar da redutibilidade do social ao individual. Para escapar desse falso conceito do social, que é aquele que o reduz ao individual, eu não preciso ser marxista. Há alternativas teóricas, não é obrigatoriamente preciso ser marxista. Mas, o fato é que epidemiologia social não nasce assim, de um processo de iluminação intelectual. Como nenhuma outra forma de conhecer o mundo nasce da iluminação intelectual de meia dúzia de pessoas. Ela nasce, como nasceu, dentro de um processo de politização das questões referentes à saúde, das questões referentes ao saber.

E a politização não é obrigatoriamente algo que nasce, que precise e que dependa das visões marxistas, tampouco. Mas, o fato é que a história

da politização das questões relacionadas a saúde, contemporaneamente, se dá, principalmente na América Latina. Não vai se dar nos países centrais, ela é uma outra história...Ela é uma história política que tem muito a ver com o marxismo. Daí, que muitas das proposições de epidemiologia social nascem dentro desse jogo de forças políticas que tomaram a saúde como objeto de prática e que devem muito a práticas marxistas e a concepções marxistas. Mas eu não estou dizendo que a epidemiologia social é isso. Eu estou dizendo que a epidemiologia social é fundamentalmente a proposta de uma nova relação entre o social e a doença. Este social é visto em sua integralidade, um objeto em si, e não tem nada a ver com o indivíduo. Claro, o indivíduo tem a ver com o social mas eu não posso passar para o social passando pelo indivíduo. Predominam entre as concepções do social nos trabalhos de epidemiologia social as concepções marxistas. Ou seja, interpretações do social que tem a ver com a forma de interpretar o social do marxismo. Valendo-se dos elementos fundamentais com que o marxismo trabalha a realidade. O mais frequente, neste esforço de aproveitamento do marxismo, e que também aparece um pouco como uma reação contra a forma tradicional de tratamento do social na epidemiologia, é a busca rápida de substituição do conceito de individual pelo conceito de classe. É o que se encontra sempre mais presente nessa busca da determinação do processo saúde/doença pelo social.

Eu vou tentar exemplificar essas tendências gerais da epidemiologia social com a posição desses autores a que eu referi e que estão tendo uma grande divulgação no Brasil, o Breilh e o Granda, na “Investigação da Saúde na Sociedade”.

[Nota dos organizadores: *a primeira versão em português foi publicada pelo Instituto de Saúde, em parceria com ABRASCO, no primeiro volume de uma série que se chamaria “Biblioteca de Saúde Coletiva Cecília Donnangelo” que deu origem à atual coleção “Temas em Saúde Coletiva.”*]

Vou fazer isso muito rapidamente: eles vão por aí, dentro desta tendência geral, só que eles sistematizam mais do que outros autores.

A proposta deles é, sucintamente, a seguinte: o processo de saúde/doença é um processo que se passa ao nível social e que se passa tam-

bém ao nível individual. Quer dizer, é um processo que tem dimensões diferentes. Este processo tem dimensões estruturais básicas de tudo o que ocorre na sociedade. É de certo modo preparatório, é um conjunto de elementos que conduzem à constituição dos processos saúde/doença. É um nível estrutural, um nível de como a sociedade se encontra organizada basicamente, não conjunturalmente, não ocasionalmente. A característica básica da sociedade já traz em si, de certo modo, os limites do processo saúde/doença que se darão. Então, tipificando: se eu tenho uma sociedade capitalista, ela tem uma forma de organização básica, de estrutura básica, em que se criam condições-limites para determinadas formas do processo saúde/doença. Não quer dizer que outras sociedades, com outras estruturas, não criem condições também. Só que as condições serão diferentes em uma e em outra, dependendo dessa forma básica de estruturação das sociedades (*Não são eles que dizem isso; sou eu, só para tipificar; não é por que eu penso assim*).

Por outro lado, claro que eles não estão trabalhando com qualquer tipo de sociedade, eles estão trabalhando basicamente com a concepção de uma sociedade capitalista. Então, eu teria um segundo nível em que essas manifestações, características estruturais da sociedade que determinam o processo saúde/doença, se manifestam sobre uma forma particular. E o próprio processo saúde/doença também se manifesta de uma forma particular, através do estado de saúde e de doença de certas categorias sociais. Eles forjam aí o conceito de perfil epidemiológico de classe. Então, há um segundo nível de análise, um segundo nível de manifestação do processo saúde/doença: é aquele em que aparece um perfil epidemiológico de classe. Cada classe social tem um “perfil epidemiológico de classe” e esse perfil epidemiológico é uma particularização da forma pela qual a sociedade estabelece os limites do processo saúde/doença. Ou seja, uma particularização no sentido de que se criam condições básicas para um processo de saúde/doença se desenvolver de um certo jeito. Mas ele não será igual para os diferentes segmentos na sociedade. Então: o perfil epidemiológico de classe é indicativo da maneira pela qual a classe participa do processo de produção e participa do processo de consumo. Este é, de certo modo, para eles (*a mim me parece*) o nível privilegiado da epidemiologia. Você não trabalharia mais com uma epidemiologia

de indivíduos, de populações, mas estaria trabalhando com uma epidemiologia de classes. Ou seja, sua população, a população da epidemiologia, adquiriu uma adjetivação fatal. Fatal por que não é uma adjetivação qualquer, é uma adjetivação que, no caso dos autores, busca indicar que a forma de manifestação do processo saúde/doença é menos tributária de processos naturais e muito mais tributária da forma de inserção das categorias sociais nas sociedades.

Finalmente, haveria um terceiro nível de análise, que eles não descartam em absoluto. Que eles não desconsideram em absoluto, mas também não privilegiam em absoluto. Que é o da doença, que só pode ser apreendida, de certo modo, a nível individual. Ou seja, que é o nível da análise da manifestação do processo saúde/doença em indivíduos. *(Eu, se fosse eles, teria dispensado esse nível; mas eles não podiam dispensar. Quer dizer, não é porque eu acho que esta é a forma correta de trabalhar, mas por que ao tentar fazer, no fundo, uma sistematização da epidemiologia, isso fica um pouco descabido porque é um trabalho bom o que introduz o conceito de perfil epidemiológico de classe).*

Uma coisa que no fundo é o grande obstáculo: não é fácil essa transição da epidemiologia clássica, essa substituição pela epidemiologia social. Elas conviverão porque, na verdade, não há um conceito de doença sucedâneo, compatível com as propostas da epidemiologia social. Ela faz uma proposta nova até um determinado momento, mas quando ela é obrigada a trabalhar com o conceito de doença o danado está incrustado no individual. Está incrustado no biológico, não tem jeito. Os indivíduos morrem ou vivem biologicamente, em última análise. Mesmo Breilh vem para um terceiro nível, que é o da epidemiologia convencional.

Então, o Breilh trabalha também um terceiro nível. Que é o nível do indivíduo, que morre e não vive. Por que a morte não é coletiva, a rigor. Vejam bem, dentro da concepção de viver e morrer não se morre coletivamente. A não ser na guerra, certo? Morre-se sim, individualmente, cada um morre por si. Este é um problema complicado e, claro, que a epidemiologia, seja ela social ou não social, está-se defrontando com a questão da morte ou da vida. A questão última, que está presente na investigação epidemiológica, é sempre essa: por que alguns vão morrer mais do que outros? Claro que a epidemiologia tradicional trabalha com o conceito de

risco individual. Tais indivíduos, de tal categoria social, estão mais arriscados a morrer disso ou daquilo, por isso ou por aquilo. A epidemiologia social inverte um pouco: o risco é o da categoria. O risco não é individual, até aí ela vai. Quer dizer, você tem determinados riscos que são pertinentes ao perfil epidemiológico de classe e não aos indivíduos. Agora isso, de qualquer maneira, não permite ainda que se possa evitar, que se possa descartar a necessidade de descer ao nível da morte ou da sobrevivência individual. Porque é neste nível, do individual, que finalmente se resolve um estado patológico, entre a sobrevivência ou a morte. Um problema adicional, que continua de certo modo presente, é a dificuldade de articulação dos diferentes níveis de análise. E a epidemiologia convencional continua dando mais conta do terceiro nível, do que a epidemiologia social. E não tem por que a epidemiologia social dar mais conta do terceiro nível do que a epidemiologia convencional. Na melhor das hipóteses, ela ficará dando conta igual. A novidade dela, para mim, se situa nos dois primeiros níveis, trabalhando com perfil epidemiológico de classe. A partir daí, não deveria interessar, substantivamente, por que um indivíduo morreu. Ou qual a chance de outro indivíduo morrer. E, logicamente, não deveria interessar por que os indivíduos morrem pois, no fundo, interessa por que as classes morrem. Por que umas classes morrem mais que outras classes, ou por que umas classes morrem diferente de outras classes? Ou vivem, desculpem-me, eu estou falando em morte, mas é: por que vivem diferente de outras classes?

Então, a epidemiologia social não resolveu este problema. Não é por incapacidade intelectual das pessoas que trabalham nesse campo. Não resolveu, porque este é um problema epistemológico extremamente grave. Este é o problema da grande separação que se deu historicamente entre o social e o biológico. Talvez pudesse não ter se dado, mas não dá para saber também. Não importa perguntar, é bizantina a questão. Porque não se fez de um jeito diferente, não ocorreu assim historicamente. O biológico é uma construção da ciência. O social é uma construção, uma forma de construção da ciência sobre um real. Talvez se esse real pudesse ter sido trabalhado diferentemente, talvez não precisasse ter aparecido a biologia, ou as ciências sociais. Mas, eu sei lá, se não apareceu historicamente, então não adianta “chorar as pitangas”. Esta foi a forma de fragmentar a realidade e apropriá-la pelo conhecimento. Não temos outra,

até hoje não temos outra. Também essa construção não é uma construção de voluntariedade, é uma construção da realidade histórica. Qualquer recomposição nesse campo enorme de saberes, primeiro, não parece própria. Não parece própria, porque todas as sociedades históricas que nós conhecemos (mesmo aquelas bastante distintas, pela sua forma de organização social, das sociedades que deram origem a esta forma de conhecimento científico, a este modelo de organização de pensamento), mesmo essas sociedades, em absoluto, não inventaram nenhuma novidade. Ela se dá, em termos de conhecimento científico, por aquilo que a civilização ocidental elaborou. Então, não é esperado da epidemiologia social que ela tivesse essa obrigação. Mas, em todo caso, é bom ter sempre presente que, ao contrário da epidemiologia clássica, ela cobre certas dimensões do real que esta não cobre. E a epidemiologia clássica pode continuar cobrindo, tranquilamente, certas dimensões do real sem que se possa garantir que a epidemiologia social tem como alternativa para aquele nível de conhecimento um instrumental de análise melhor.

Uma lembrança importante, que se encaixa muito bem nesses limites da epidemiologia social, e que Ricardo [*Bruno Mendes Gonçalves*] fez aqui, na única aula a que eu assisti. É que a aproximação com o real social não tem escapado aos limites que marcam, no fundo, toda a investigação empírica, no próprio campo do social. Me lembro que ele dizia o seguinte: quando vamos a campo “fazer epidemiologia social ao invés de epidemiologia clássica”, nós substituímos renda por posição na estrutura de produção; substituímos ocupação por relações de produção; e até podemos chegar a substituir educação, o nível educacional, por uma noção de cultura que possa estar relacionada a qualquer desdobramento da noção de estrutura. Ele lembrava que, nem por isso, está garantido um conhecimento novo do processo saúde/doença. Pode-se estar, algumas vezes, meramente substituindo variáveis, se o que você apreende sob aquelas designações não for substantivamente diferente. Você pode estar somente substituindo as variáveis, esse é um alerta que vale a pena. Mas, ao mesmo tempo, eu gostaria de produzir um pequeno reparo. Também não é indiferente substituir. Também não dá para pensar que ocupação e relação de trabalho são a mesma coisa. Não dá para pensar que nível educacional e algumas indagações sobre a questão da cultura são em parte

as mesmas. Do mesmo modo, não dá para pensar que renda e posição na estrutura de produção possam ser pensadas como iguais. O que Ricardo lembrava era o seguinte: dados esses obstáculos para a própria reformulação do conceito de doença, o que vem sendo feito, até certo ponto, é usar essas dimensões da realidade de maneira igual àquela que se fazia quando se trabalhava renda, ocupação, nível educacional. O limite da epidemiologia social é de tal ordem que você substitui os conceitos, mas o conhecimento ao final produzido não se beneficiou substantivamente dessas substituições de conceitos. É isso que faz com que Breilh fique nesse esforço para ir mostrando que certas dimensões só são apreensíveis em um nível e outras dimensões só são apreensíveis em outro nível. Ou seja, o que ele está querendo lembrar é que, nos limites da própria elaboração conceitual, é obrigatório trabalhar em níveis na epidemiologia. Quer dizer: de algum nível você dará conta de forma mais acabada, de outros níveis você não avançou mais do que um elemento, uma forma tradicional de pensar, a não ser por justaposição.

É claro que é diferente trabalhar com a tuberculose no nível dos processos estruturais, do perfil epidemiológico de classe e, depois, das suas manifestações individuais. É claro que esse terceiro nível se beneficiará da concepção elaborada nos outros dois. Mas ele não vira outra coisa por causa disso. Vamos dizer que eu me aproximei talvez mais de explicações sobre o processo, mas eu não alterei substantivamente a concepção da tuberculose nos indivíduos por causa disso. Nem alterei substantivamente a concepção da tuberculose lá no nível estrutural. O que eu não tenho mesmo, pois é problemático, é exatamente um outro conceito de tuberculose, que não se elaborou. Quer dizer, na verdade, falar em doença social significa, de certo modo até hoje, falar em doença produzida socialmente. Resguardando inteiramente o conceito de doença, tal como nós o conhecemos, ou significa no máximo fazer uma substituição. Me parece inadequado o conceito de doença que reduz a doença a “condições sociais de existência”. Ou eu fico com a tuberculose igualzinha ao que ela é (ela é tuberculose, não tem mais nada a dizer) ou vou explicar por que ela aparece. Mas ela fica inteiramente preservada. Quer dizer, a tuberculose é, na verdade, uma doença infecciosa de tal tipo que provoca tais ou quais alterações. Ela tem, nessa sociedade, esse tipo de possibili-

dades de ser gerada. De se instalar predominantemente no perfil epidemiológico dessa classe. Mas, eu deixei intocável o conceito de tuberculose, não mexi nele. A alternativa é eu simplesmente ignorar o conceito de tuberculose, fazer de conta que ele não existe. Não existe tuberculose, não existe malária, não existe meningite, não existe câncer, não existe nada. Eu digo que doença é “condição social de existência”.

Esses são, no fundo, os dois polos que aparecem no interior dos esforços para recompor a epidemiologia hoje. Ou se respeita, *stricto sensu*, o conceito de doença que está pronto e não se concebe um conceito novo. Ou passa-se, eventualmente, para uma liquidação de qualquer especificidade da doença. Na medida em que eu passo a fazer essa redução, que pode até ser muito significativa politicamente, do ponto de vista de conhecimento, me parece uma elaboração muito rápida, uma elaboração muito simplista, uma rejeição da doença. Doença é pré-condição da existência. Não importa se é tuberculose, não importa se é lepra, não importa se é meningite. Doença é igual à “condição social de existência”. O que equivale, no fundo, a substituir o conceito por um conceito combatido, ou um conceito combatível através dos mesmos argumentos. Eu, então, ignoro inteiramente a dimensão natural do processo. Ignoro, também, a dimensão biológica dos processos porque eu não consegui fazer simplesmente esta fusão e transformo um conceito que até agora era biológico em um conceito social de doença.

Essas são, no meu entender, as questões referentes ao social. E a minha função era trabalhar aqui como o problema do social aparece nas duas epidemiologias. O que vale lembrar como o problema do biológico aparece nas duas epidemiologias. A minha função era fazer este repasse mais ou menos geral. O que eu tentei foi mostrar, até que ponto, a forma de incorporação do conceito de social obstaculiza determinados avanços. Na epidemiologia clássica, porque o social é realmente incorporado marginalmente e na epidemiologia social porque o social é incorporado fundamentalmente como determinante. Como uma forma forte de ver a constituição do processo saúde/doença, que até hoje não deu margem, não criou possibilidades para que se renovasse o campo do saber no que se refere à saúde e à doença. Apenas naquilo que se refere à saúde e à doença, pois em relação ao social nem precisa. Porque o social já tem su-

ficiente conceptualização. Está todo mundo esperando para ver se acontece alguma coisa além do marxismo, ou além das teorias tradicionais existentes. Mas não acontece.

[Nota dos organizadores: *Neste ponto da aula, passou a haver interlocução com o plenário. Na sequência deste texto, nos restringiremos a transcrever as opiniões de Cecília Donnangelo. Ao leitor que se interessar pelo debate na íntegra e ter uma ideia do tom do contraditório – às vezes cáustico – lembramos que o áudio desta aula está disponível nos sites do Instituto de Saúde (www.isaude.sp.gov.br) e da ABRASCO (www.abrasco.org.br).]*

Até hoje são igualmente válidas, do ponto de vista da construção dos quadros conceituais, coisas que foram ditas há milênios, não apenas há séculos. Depois dos mil e oitocentos, tudo isso começou a ser chamado de Sociologia. Então, vamos apenas aos mil e oitocentos.

Você pega trabalhos produzidos hoje que incorporam frases lapidares ditas em mil oitocentos e quarenta e sete, mil oitocentos e quarenta e oito, mil oitocentos e cinquenta e dois. E não há nenhum pudor em estar sustentando estas teses até hoje. Agora veja, na Biologia algumas teses são absolutamente insustentáveis contemporaneamente. Até porque elas foram provadas insustentáveis.

Mas eu não estou dizendo que o biológico é uma coisa acabada, eu insisto em dizer que o biológico não é uma ciência exata. O conhecimento biológico evolui de um jeito diferente do conhecimento das Ciências Sociais. O que marca o conhecimento biológico, basicamente, é a experimentação. Ele foi todo montado em cima da experimentação.

A experimentação, realmente, descarta possibilidades. Há coisas históricas na Biologia que ninguém mais diz: quando a teoria celular apareceu, outra teoria caiu por terra. Ela não volta, a não ser se a teoria celular for invalidada. Se ela volta, a teoria celular tem que cair fora, ou seja, você avança por superação de conhecimento. Nas Ciências Sociais não existe um maldito conhecimento que unanimemente seja dito superado. Eu posso dizer que não gosto de Weber, pois não explica a realidade toda; o que me interessa é o marxismo. Mas não elimino a importância, mesmo na atualidade, de Weber.

Concordo que a Biologia avança historicamente, mas o jeito de ela avançar é diferente das Ciências Sociais. Num salto, posso comprovar que uma afirmação biológica não é verdadeira e que descobri algo que antes não tinha sido descoberto.

Em Física pode-se afirmar a novidade da teoria do átomo, uma coisa nova. Mas não há uma nova frase teórica em Ciência Social desde a metade do século XIX. Na Ciência Social, tudo o que tinha para ser dito, em matéria de teoria, foi dito lá. Por exemplo, no marxismo houve uma convulsão social por que na década de sessenta alguns marxistas resolveram fazer outra teoria marxista. Que eles diziam ser do próprio Marx e não dos intérpretes de Marx até então. Alguém, finalmente, estava dizendo que trazia uma novidade teórica em ciência social: foram os tais estruturalistas, vocês já ouviram falar deles. O que aconteceu com esta novidade teórica, no campo? Interessante, ela agregou algumas estratégias de pensar o real, mas não modificou substantivamente a teoria marxista, nem a dos intérpretes clássicos do marxismo. Isto é um pouco diferente da Biologia: quando se diz que há uma teoria dominante em Biologia, significa dizer as outras estão realmente marginalizadas, esperando encontrar um lugar. Não é o caso das teorias nas Ciências Sociais: estas ocuparam um espaço, historicamente, desde que surgiram em sociedades no mundo inteiro. E ninguém afirma, de jeito nenhum, que tal teoria é falsa, não existe o critério de falsidade. O que se pode dizer é o seguinte: esta teoria tem tal estatuto histórico. Ou seja, ela está aqui para servir de componente fundamental da ideologia da classe dominante, este é o critério de validação e invalidação. O critério de validação e invalidação é propriamente político.

Mas quando você vai tornar dominante uma teoria biológica, o critério de validação jamais é explicitamente político. Ele é experimental, é científico. Enquanto validação, não há como escapar: a possibilidade não é instrumento de deslegitimação tão eficaz nas Ciências Sociais como é instrumento de deslegitimação na área da ciência natural. É só fazer uma experiência e provar que tal coisa explicou mais que a outra. E a outra fica marginal. O que não significa também dizer que a teoria biológica está acabada. Ela pode amanhã virar outra coisa completamente. Mas, num determinado momento, ela afasta explicações alternativas em nome de uma coisa que a ciência social não pode fazer.

A Ciência Social não pode falar em nome das provas científicas tradicionais, nem nos estudos empíricos. Você pode fazer quanta massa de investigação você quiser. Se você faz uma experimentação bem feita na biologia, não há como negar o resultado. Você pode dizer que aquele resultado é irrelevante, mas não pode negar que seja verdadeiro, dadas aquelas condições. Posso até condenar o conceito de verdadeiro, mas dadas as tais condições ninguém vai dizer que tal coisa não ocorre. Agora, na Ciência Social, você pode cansar de fazer investigação empírica. O que eu faço se você me trazer uma investigação empírica é o seguinte: você me traz uma investigação empírica e diz que provou que “isto é verdade”. Eu digo: não! Provou nada, seu instrumento está cheio de vícios, dirigido para provar o que você provou. Eu faço um instrumento diferente e provo diferente. Isto não é apenas o ponto de vista dos cientistas sociais, é um defeito da Ciência Social. Essa é a característica histórica da Ciência Social e ninguém está morrendo de agonia por que não consegue fazer uma experimentação e dizer o que é verdadeiro e o que é falso. O que se faz é simplesmente dizer: o explicativo para mim é isto. Veja bem, não é só uma questão de opção. Não basta dizer: resolvi ser marxista ou resolvi não ser marxista e pronto. Ninguém tem nada com isso. Não é assim, senão os trabalhos seriam meramente jornalísticos. Também, ninguém tem a obrigação de justificar porque resolveu tomar tal ou qual posição. O que acontece é que o critério de validação é outro, é realmente o limite explicativo. Até onde eu vou conseguir explicar determinado fato que ocorreu. Só que, se uma outra teoria conseguir explicar aquele fato de um outro jeito, o máximo que eu posso fazer é pôr em confronto a explicação das duas teorias. Não há um critério definitivo, de prova científica a partir do qual eu possa dizer que a outra “vá para as cucuias”.

[**Nota dos organizadores:** Neste ponto é dado um exemplo, que vai ser retomado abaixo, na crítica à epidemiologia social.]

Posso investigar a tecnocracia brasileira, ignorando totalmente o conceito de tecnocracia, para dizer que a classe dominante criou certos mecanismos de intervenção na realidade. Estes mecanismos, necessariamente, pedem uma determinada categoria social como a dos tecnocra-

tas, que não têm nenhuma realidade em si. Eles são uma manifestação da maneira pela qual o estado resolveu interferir na vida social neste momento, com vistas a alterar as formas de acumulação do capital e internacionalizar a economia brasileira. Mas alguém pode, simplesmente, estudar os tecnocratas dando a eles um peso substantivo em si. Sabe o que pode acontecer nessa hora? Pode ser que, até para minha elaboração sobre os tecnocratas, seja muito importante que alguém que não relaciona o tecnocrata com outra coisa que não seja a ciência e a técnica, investigue internamente o padrão de comportamento dos tecnocratas.

(Pode-se fazer...) uma coisa que é difícil nas ciências naturais: eu acho um lixo (esta última produção), porque tecnocrata para mim não é isto: um monte de pessoas sabidas que dominam certas áreas de informação sobre o mundo e que portanto têm competência para lidar com aqueles pedaços do mundo de maneira adequada. Mas (essa produção) achou que tecnocrata era só isso e (descreveu) como é que eles trabalham. Bem ou mal, certas coisas (ocorrem) dentro dessa realidade social: eu posso dizer que isso aqui está uma porcaria, acontece que pode ser extremamente valioso. Esse trabalho, que verifica como é que os tecnocratas se comportam, pode ser facilmente aproveitável não mais com a sua óptica original. A informação aqui presente pode ser facilmente aproveitada dentro de uma outra ótica de análise.

É um pouco a isso que a epidemiologia ficou sujeita. É preciso tomar muito cuidado para não pegar a epidemiologia social e confrontar com a epidemiologia tradicional, num embate para ver o que é “o bom” e o que é “o mau”. Nem dá para fazer isto, elas não são comparáveis. Elas são formas diferentes de trabalhar a realidade. Pode-se até apreciar esta forma de trabalhar ou apreciar outra forma de trabalhar. Mas, não se invalida uma através da outra. Não se consegue invalidar a epidemiologia clássica através da epidemiologia social. Por quê? Porque o que a epidemiologia clássica queria era “se dar conta” de uma determinada coisa de que ela “se dá”. O que você pode dizer é o seguinte: ela não tem o direito de querer “se dar conta daquilo que ela quer se dar conta”. Mas não dá para você dizer ela queria se dar conta de uma certa coisa e não conseguiu, isso é bobagem. Daquilo que ela queria se dar conta ela consegue. Então, esse não é um critério de comparação científica. Com base nos critérios

próprios, a epidemiologia clássica não provou o que queria provar? Claro que provou o que queria provar; o máximo que eu posso dizer é que ela não devia querer provar o que ela provou.

Com isto eu não invalido o campo. Posso estar contestando os pressupostos em cima dos quais ele trabalha, mas eu jamais provarei dizendo que a epidemiologia clássica trabalha com o conceito impróprio do social. Provarei, no máximo, que ela é uma das formas de saber que compactua com os processos de dominação. Até isso eu posso dizer, e não estou falando que eu estou dizendo. Eu estou mostrando que pode ser dito, mas não se pode dizer que o campo científico a joga fora porque não provou o que queria provar.

Então, a opção fica no nível dos pressupostos. Com seu critério de validação próprio, a epidemiologia provou o que queria provar. Provou em geral com a quantificação: usando média, desvio padrão etc., ela provou o que queria provar. Agora, não adianta pegar outro critério para validar e dizer: como a epidemiologia clássica não atende a esse novo critério, que ela não presta. Porque ela tomou um outro objeto para si e você só poderá dizer que ela presta ou não presta, vendo se ela se deu conta do objeto a que ela está se propondo.

Eu acho que a epidemiologia social também está bastante passível de críticas, exatamente por isso. Por não ter ainda conseguido dar conta de um conceito alternativo de doença. Ela está tendo que lidar sempre com um conceito que está montado na biologia e que serve basicamente para o tipo de estudo que a epidemiologia clássica faz. Não serve para o que a epidemiologia social está propondo. Mas lembro que algumas realidades, alguns pedaços da realidade, não são inteiramente encaixados dentro de um conceito de doença. Então, se o epidemiólogo social quiser trabalhar com esses pedaços ninguém pode desautorizá-lo. Quer dizer, se disser que desnutrição é fome, e muitos dizem isso muito bem, não há nenhum desdouro para a medicina. Até porque, seria muito esquisito se a medicina dissesse que desnutrição não é fome, especialmente em uma sociedade como a brasileira.

Então, o que podem fazer é negar o usual conceito de desnutrição: “uma certa disposição em um conjunto de elementos no interior de um organismo”. Este pode ser simplesmente um outro conceito e a desnutri-

ção comporta uma elaboração diferente. Estou dando o mesmo nome para uma outra coisa, que comporta uma elaboração diferente.

[Nota dos organizadores: *neste ponto há uma discussão confusa a respeito da dualidade de conceitos atribuídos ao mesmo objeto, ou de mais que um objeto cabível sob o mesmo conceito. Transita por situar os conceitos e os objetos em campos disciplinares, envolvendo a questão da interpenetração da epidemiologia social com a Sociologia. O leitor pode fazer sua própria interpretação ouvindo o áudio disponível nos sites do Instituto de Saúde (www.isaude.sp.gov.br) ou ABRASCO (www.abrasco.org.br)]*

Veja bem, eu chamo de Sociologia, mas acho que isto é irrelevante. Até pode dar outro nome se quiser, mas o nome Epidemiologia está resguardado porque a problemática central do processo saúde/doença, dentro de um coletivo, continua presente. O conceito de coletivo é que mudou, mas a questão foi elaborada originalmente pela Epidemiologia. O epidemiólogo clássico já perguntou pela dimensão coletiva da saúde/doença. Agora, quando ele começou a responder entendeu o coletivo de um certo jeito.

[Nota dos organizadores: *novamente um trecho confuso, envolvendo questões como o caráter histórico de certos conceitos e com as posições de biólogos, sociólogos e epidemiólogos, com marcada intervenção do auditório]*

Você acaba de me dizer que a Biologia não era uma coisa acabada, mas você pensa no conceito saúde/doença como algo absolutamente anti-histórico. O conceito de saúde/doença não é sempre igual, ele também é histórico e a Biologia está trabalhando com ele como se fosse anti-histórico. Tanto que não há sociólogos fazendo epidemiologia social, todas as pessoas que a fazem são médicas. O problema continua sendo o conceito, o processo saúde/doença.

[Nota dos organizadores: *neste ponto, há novamente uma discórdia, tratando da natureza da profissão original do pesquisador e com afirmações do tipo “sociólogo teme em falar da Biologia por que ele não sabe*

se o que mata barbeiro é DDT, ou BHC”, com a professora, socióloga, afirmando: “não gosto como objeto de investigação, não estou pessoalmente interessada, mas veja bem, eu não creio que você precise ser necessariamente um médico mexendo com isso, mas foi o que realmente provocou essa história da epidemiologia social”]

Em todo o caso, gostaria de lembrar que a Ciência Social não reduz o mundo a uma ideologia, no que acho que ela é muito prudente. Há algumas tendências de Ciências Sociais em que o mundo do saber fica todo reduzido à ideologia. Todo saber é um saber ideológico, ou seja, foi elaborado dentro de uma dada sociedade estritamente com a função de mascarar as relações de classe. Isso é uma interpretação simplista que ninguém sabiamente adota.

O que a ciência social faz em relação à ciência, não apenas à Biologia, é identificar a origem histórica da ciência. Primeiro, porque a ciência nasceu aqui e agora e não nasceu depois. Segundo, por que ela nasceu assim e não de outro jeito. E as diferentes correntes sociológicas vão buscar explicações diferentes. O marxismo explica a própria estrutura interna da ciência, que ela adquiriu já no século XVII ou XVIII sobretudo, a partir do tipo, do modo de produção que se instalava naquele momento.

A partir daí não significa que se reduza todo o conhecimento, alcançado por aquela ciência, ao conhecimento ideológico. Eu não posso dizer que ele é um conhecimento histórico. Mas o que é um conhecimento histórico? É um conhecimento que nasceu de certos tipos de relações sociais entre os grupos, não nasceu apenas para mascarar relações de classe. O respeito que existe pela Biologia, não é um respeito, é um reconhecimento que existe dentro da própria ciência social de que algumas ciências são mais ideológicas do que outras. O que não significa que o saber elaborado por algumas ciências é mais ideológico que outros. Não significa, em absoluto, dizer que alguma ciência seja a-histórica, ou seja, que aquilo que é elaborado dentro da ciência não depende da configuração histórica daquela sociedade.

Entretanto, isso não me autoriza dizer que o saber está pronto aí e não presta apenas por que ele foi elaborado deste jeito e poderia ter sido elaborado de outro jeito. Inclusive os marxistas mais importantes traba-

lham assim; Gramsci, por exemplo. Os marxistas mais importantes, que trabalharam sobre estrutura, jamais chegaram a este tipo de simplificação das coisas. Quer dizer, que “as ciências naturais são ideológicas também, tudo se reduz ao campo da ideologia”. Sean Goldman tenta trabalhar, por exemplo, os níveis de objetividade das ciências. Isso é uma questão séria até para os marxistas por que se você vai para União Soviética, ou para a China, a ciência é a mesma. Então, nem mesmo a Ciência Social é vista pelos cientistas sociais como ideologia. Só é vista como ideologia, por exemplo, pelos marxistas. Essa é a sua ideologia, aquela será a minha, mas elas são substantivamente diferentes enquanto ideologias, pela posição que elas ocupam na história das classes sociais. Mas nenhum cientista social, mesmo marxista, nega que há gradações de objetividade atingida pelos diferentes campos científicos. Quando esse problema aparece em aulas, eu indico o Goldman porque acho interessante aquele tipo de análise que ele faz do grau de objetividade que as ciências haviam atingido. Partindo das ciências exatas, passando pela Química, pela Física e deixando a Biologia em último lugar. Ninguém tem muita dúvida de que a Biologia não atingiu mesmo um grau de objetividade da Química. Também um pedaço da Biologia está lidando imparcialmente com gente. Então, a coisa realmente começa a complicar pois é diferente lidar com composto químico e lidar com gente. E, também, a ciência social tem que reconhecer que a “infiltração” da história não se fará por igual na ciência exata ou na ciência biológica. Agora, daí a igualar a ciência natural à ciência social é muito difícil. O cientista social nem sequer objetiva para a Ciência Social o mesmo grau de objetividade que as outras ciências têm. Porque não existe o mesmo grau de objetividade.

A objetividade da Ciência Social é tributária não daquilo que eu descobro na realidade. Mas ela é uma objetividade construída através da prática que corresponde ao jeito de ver a realidade. Então, que tipo de objetividade eu posso postular para o marxismo, por exemplo, semelhante ao que eu postulo para a Física ou para a Química? Se o marxismo diz que a história é um processo de construção em que eu estou metido, então esse processo não tem a menor possibilidade de hierarquizar, de detalhar os compostos históricos no mesmo modo que detalharia os compostos químicos. Então, na história do conceito saúde/doença, não disse que os conceitos saúde/

doença que estão aí, são históricos e nunca poderão ser outros. O que eu disse é que eles não são outros. Eles estão aí, são históricos, foram montados daquele jeito e tinham que ser montados nos respectivos momentos de montagem, vamos dizer. Então, eu não posso dar uma penada neles por que eu não gosto deles. E achar que, só porque eu não gosto deles, há conceitos alternativos disponíveis. E esses conceitos terão que passar pelo mesmo processo de construção histórica dos demais.

Então, os epidemiólogos sociais o que querem é produzir no fundo determinados conceitos. É esta a busca da epidemiologia social. Não estão querendo estudar as sociedades, estão querendo estudar o processo de saúde/doença. O que não significa que eles já possam falar da doença diferentemente do que a Medicina fala até agora. E não significa que eles conseguirão falar de uma doença e de uma saúde diferentes. Pode ser que eles simplesmente procedam a aproximações diferentes do conceito saúde/doença. O que eu quero dizer com isso é que me aproximo de forma diferente da compreensão da tuberculose. Em última análise, a tuberculose continua sendo a doença infecciosa provocada pelo bacilo tal, agindo no organismo em tais e quais circunstâncias. Aliás, a Biologia não se preocupa muito com as circunstâncias em que está o organismo. Dá por suposto que há um padrão geral de predisposição e, pronto, o produto é uma moléstia infecciosa, produzida pela ação de um certo bacilo sobre um certo organismo.

Isto é o que está difícil de trocar. Eu nem estou dizendo que deve ser trocado. A maior desvantagem de ser sociólogo é uma parte nesse negócio. Eu entendo também por que essas novidades irritam um pouco. Porque toda novidade parece ter um sabor de inteligência maior. Enquanto o que está feito em geral pode ter sido produzido por retardados. Mas, veja bem, isso acontece não só pela antipatia e pela irresponsabilidade das pessoas. É porque, em geral e particularmente no caso da epidemiologia social, esse trânsito é um trânsito também político. Não é meramente um trânsito lógico. Quando as pessoas resolveram pegar este social esfacelado entre educação, renda, não sei o que mais e dizer: eu não vou tratar isso mais assim, agora, para mim, é classe social. O conceito não é meramente um trânsito lógico, é um trânsito político também. Então o que ocorre não é por antipatia intelectual das pessoas que desenvolvam um novo campo. Fica também antipático porque quase sempre essas pessoas

estão em uma prática política. Que fica mais substantivamente combativa do que se elas estivessem meramente em uma prática acadêmica. Então, eu preciso chamar todo mundo que não faz aquilo de retardado. Eu não defenderia tanto essa posição, sou um pouco mais transigente nessas coisas. Aliás, devo estar ficando horrorosamente velha, por que quando eu era adolescente não era nada transigente, só o que eu falava prestava. Depois eu fui achando tudo ótimo, e sei conviver assim com as coisas. Mas isso não é a característica da prática, que também é política. E a epidemiologia não foi assim. De repente, se descobriu que se podia estudar uma coisa nova. Apareceu um novo bicho no universo, debaixo da lente do meu microscópio. De repente, faz mais efeito histórico, social e político eu perceber coisas que não estão sendo percebidas. Que não estão sendo percebidas exatamente para serem escondidas. A postura é política e percebe que esse tipo de conhecimento está escondendo coisas. Não é que ele não presta, é que o que ele mostra não é tudo. Ele está escondendo coisas que são importantes esconder politicamente.

Portanto, é importante atuar também politicamente e é isso que torna político campo. O próprio campo da Medicina Social em geral é assim. Os médicos sociais são largamente antipatizados. Aliás, não são antipatizados: não são nada, nem existem, são um zero à esquerda, um horror.

[Nota dos organizadores: *Tivemos dúvida se este último trecho deveria ser mantido, além de já termos eliminado o posterior a este, por ser absolutamente incompreensível; no final da aula a exposição foi ficando mais confusa e agressiva. Na sequência, aparentemente, Cecília Donnan-gelo passa a responder algum comentário, que não aparece na fita, relacionado com o andamento do curso]*

Eu não sei realmente se tem que ser na linha da epistemologia. Em termos da determinação causal há um esforço, pelo menos, para marcar uma diferença metodológica entre os dois momentos da epidemiologia, mas não se trabalhou criticamente em cima disso.

Ana Maria Arouca, por exemplo, quando começou a fazer epidemiologia social, insistia veementemente em que o termo determinação fosse apresentado como uma alternativa para o conceito de causalida-

de. Afinal de contas, o conceito de causalidade é na verdade elaborado no campo da ciência e o conceito de determinação, predominantemente elaborado no campo da ciência social. Então, substitui-se a forma de ver a determinação: uma é determinação causal; a outra não é determinação causal, é uma determinação estrutural. Sem, na verdade, mostrar por que essa substituição por outra era importante de uma perspectiva metodológica. Quer dizer, parecia de certo modo que há uma certa mágica na eliminação de um certo conceito de causalidade.

[**Nota dos organizadores:** *Novamente um trecho pouco audível, que suprimimos.*]

Quando as ciências sociais, as concepções sobre o social, são invocadas sistematicamente para explicar questões referentes à saúde ou à doença, o que acontece?

Num primeiro momento, acontece que os intérpretes dessa dimensão social da saúde ou da doença se resguardam, muito adequadamente até. Eles se resguardam, assim, de qualquer dificuldade de investigação partindo para a identificação de um outro objeto presente nessa área. Que é um objeto histórico das Ciências Sociais. Eles partem para a identificação das práticas sociais que estão relacionadas à saúde. E até se faz um uso consistente, mais ou menos contínuo, de todos os conceitos, inclusive do marxismo. Fazem uso de outras teorias também, mas se faz um uso mais ou menos contínuo do marxismo, e do conceito de determinação, que é bem determinação pelo econômico mesmo. Então, é uma “determinaçãozinha” assim mais ou menos jeitosa. Quer dizer, passa pela questão do estruturalismo marxista, determinação em última instância etc. Mas, é claro que se estão investigando práticas sanitárias, consideradas em última análise determinadas pelo econômico.

Num segundo momento, passou-se ao aproveitamento das concepções sociológicas para a investigação do processo saúde/doença. No primeiro momento não houve sociólogo ou médico munidos de conceitos e concepções sobre o social que se metessem a investigar o processo saúde/doença. Quer dizer, todo mundo investigou práticas de saúde, organizações de serviços etc. O que é muito tranquilo; é um objeto pronto para as

Ciências Sociais. Não há biólogo no mundo que me destroe o conceito de organização social, do mesmo modo que eu não tenho nenhum jeito de destroçar o conceito de normalidade ou patologia biológica. Não há possibilidade de fazer a crítica externa desse conceito, mas não o substituo. Então o que se fez foi usar todo o arsenal de conceitos sobre o social para aplicar a um objeto que é um objeto histórico das Ciências Sociais, são as práticas sociais. Quando se passou a investigar a epidemiologia, de certo modo, esses conceitos eram tidos como conceitos prontos e sabidos. Só que a determinação não era mais a determinação de uma prática por outra. Era a determinação de um estado por algumas práticas, estado esse que não se encontrava definido no campo das Ciências Sociais. A dificuldade (ou o erro) não estava em dizer que o conceito de determinação estrutural era diferente do conceito de causalidade por tais ou tais coisas. Eu tinha a impressão de que a aula do Dr. Guilherme deveria ter passado por isso. Pelo menos era a intenção dele, eu me lembro de ter visto um texto escrito em que ele iria se basear que passava por isso, por essas duas determinações.

[Nota dos organizadores: *menção à aula de Guilherme Rodrigues da Silva neste curso e faz referência a texto sobre “Causalidade em Epidemiologia”, de aula por ele oferecida em outras circunstâncias, que ele nunca editou, mas foi largamente distribuída em cópias xerox que constituem parte da tradição em nossa área repleta de literatura “cinzenta”, informal, fugaz ou pirata, não totalmente apócrifa mas sem anuência explícita do autor*]

Do mesmo modo que essas duas ordens de realidade foram trabalhadas diferentemente, esses dois conceitos foram elaborados para duas ordens de realidade diferentes. É difícil substituir, na Biologia, a determinação causal pela determinação estrutural. Porque determinação estrutural é determinação de certas práticas sociais sobre outras práticas sociais ou sobre outras coisas. Não é algo que a Biologia tenha incorporado historicamente. O que se encontra na Biologia é o conceito de determinação causal. Então, não é por um mero artifício de proposição que esta coisa aparece.

O que ocorreu então? Para onde caminhou a epidemiologia social e onde é o seu forte? Eu diria que o forte da sua própria investigação está exatamente naqueles estados individuais, ou coletivos, que não são inteiri-

ramente redutíveis ao conceito de doença convencional. Então, exemplifico com os estudos de nutrição.

[**Nota dos organizadores:** *aqui a professora cita pessoalmente Olavo Vianna Costa, que foi o “autor” da gravação*].

Porque o conceito de nutrição não é um conceito amarrado dentro do arsenal de nosografia médica. Quer dizer, nutrição ainda eu posso definir do jeito que eu bem entender. E, se eu quiser transformar desnutrição em fome, eu abandonei definitivamente o terreno do biológico e passei definitivamente para o campo do social. Onde mais a epidemiologia social tem se encontrado? Eu acho que é por aí que ela devia ir mesmo. Quer dizer, trabalhando com esses conceitos que a Medicina tradicionalmente não conseguiu botar dentro de uma camisa de força biológica.

Para onde mais ela vai? Para o campo das relações saúde/trabalho. Porque, no fundo, ela pode ir também por causa da própria generalidade e imprecisão dos conceitos de doença profissional. Este campo das relações entre a saúde e o trabalho é um campo de manifestações muito amplas. Não estão todas enquadradas dentro da nosografia, tampouco. É claro que ela não foi para a saúde/trabalho só por causa disso. Foi também por que o conceito de trabalho é um conceito importante, dentro do conjunto de concepções que levou a proposição da epidemiologia social. O conceito de trabalho é um conceito muito central em determinados tipos de explicações do social. E eu já lembrei que a maior parte da produção em epidemiologia social é inspirada no marxismo. Não toda, e não precisa ser toda, mas uma boa parte é. E o conceito de trabalho, não só mas também por se relacionar com pobreza, é central nessa ótica de análise. Acontece também aqui, mas ainda acho que o pessoal da nutrição tem mais sorte, é mais tranquilo transformar desnutrição em fome.

[**Nota dos organizadores:** Uma pessoa no plenário comenta “*Na saúde mental talvez seja um pouco mais complicado*”].

Bom na saúde mental eu realmente não vi avançar praticamente nada dessas questões, até agora. Eu imagino que vocês devam até ter ouvido, não sei exatamente como o Uraci apresentou essas questões.

[Nota dos organizadores: *refere-se à aula do curso ministrada por Uraci Simões Ramos*]

Na saúde mental não se chegou a propor nada interessante. Em todo o caso no campo da saúde mental há as análises históricas que mais se aproximam do que hoje se tenta construir como epidemiologia social. Por exemplo, as tentativas históricas de fusão entre o marxismo e a psicanálise, às vezes muito elaboradas, não ficam nada a dever (pelo contrário) às propostas atuais de epidemiologia social. No fundo, o que se queria era explicar a doença mental como totalidade. Que é, de certo modo, um tipo de contribuição que a psicanálise dá.

[Nota dos organizadores: *foi suprimido um trecho confuso que chega a mencionar algo como “uma psicanálise de classe, ou psicanálise marxista”, remetemos novamente à gravação*].

Contemporaneamente, avança a crítica sobre os conceitos de saúde mental. Eu acho isso interessante pelo seguinte: a saúde mental é outra área como a nutrição. Do mesmo modo que eu posso transformar nutrição em fome, posso transformar saúde mental em uma pilha de coisas. A loucura é realmente uma patologia imprecisa, vamos dizer assim.

[Nota dos organizadores: *Neste ponto foi suprimido longo trecho extremamente confuso e relacionado com este problema ligado à área de saúde mental; menciona de maneira hermética pontos que devem ter sido analisados na aula de Uraci Simões Ramos; ponto crítico é a menção a um autor que transitaria por “psiquiatria comunitária”, cujo nome não é lembrado, havendo menção, logo descartada, a Basaglia; Cecília chega a demonstrar cansaço, mencionando a infeliz ideia de pegar um pastel com a mão, enquanto ainda estava em fritura e de um relato de alguém que “comprou um sorvete e guardou na bolsa”; na sequência passa a novo tema.*]

Eu tenho acompanhado pesquisas sobre a relação saúde/trabalho que se dão mais ou menos bem nos dois níveis do Breilh. Mas, também, não superam a questão individual.

[**Nota dos organizadores:** *menciona, apenas de passagem, sem detalhar a questão da silicose.*]

Nesta área, é claro que há um avanço de outra ordem, não importa se o avanço metodológico tenha sido X ou Y. Nesta área, como na da epidemiologia social em geral, eu acho que no fundo o que se busca é um avanço político. Não é apenas um avanço interpretativo, explicativo. Por isso eu dizia que ela se diferencia da epidemiologia tradicional, não apenas pelo aparato conceitual que ela tenta introduzir, mas sobretudo por que ela traz uma proposta de intervenção de outra natureza. Não são as vacinas, por exemplo. O nível de intervenção não é este, ainda que este nível de intervenção também seja coletivo. Então, o nível de intervenção diz respeito, fundamentalmente, à reconversão de certos processos sociais. Nesse sentido não dá para negar a importância das investigações que vão avançando sobre a relação saúde/trabalho; inclusive para construir um perfil epidemiológico de classe. Esse avanço é muito maior na perspectiva do significado político do saber, do que um avanço que se possa detectar numa construção acabada de uma proposta de análise de um pedaço do real.

O que aconteceu neste curso foi gozado. A intenção da Associação era incluir fundamentalmente os sociólogos, que não sabiam com o que eles lidavam quando se encontravam com médicos fazendo “continhas”, e tentar municiá-los (os sociólogos) de uma perspectiva não só de compreensão, mas de uma perspectiva um pouco crítica, em relação “àquela maravilha”. Lembro claramente de uma reunião na [Faculdade de] Saúde Pública, em que o pessoal se queixava: “eles fazem umas coisas que a gente não entende”. Então, quero lembrar que dá para entender, mas acontece que o grupo que predomina é médico. Então, o curso precisaria ter ido além, né Jussara, para dizer para os nossos pobres sociólogos o que a epidemiologia faz.

[**Nota dos organizadores:** *cita nominalmente Jussara Freire, uma das organizadoras do curso.*]

Eu acho que há uma questão importante presente, que eu acabo de certo modo de levantar e que não é desprezível. Temos que abrir a

questão do conhecimento da ótica do científico. Elaborada nova proposta, identificar seus furos. Mas, é importante resguardar essa outra ótica, que é do significado de uma determinada tendência, de um determinado momento histórico, em função dos processos políticos. Acredito nesses novos campos de saber que mexem com o social. A epidemiologia fez isso lá na sua origem, ela não está fazendo isso agora. Quer dizer, ela se expôs de certo modo à penetração de outro conceito de social. Inventando que a doença podia ser olhada na população, ela já tinha de algum modo transitado do biológico para o social. População é social, agora é um conceito precário, ingênuo vamos dizer, de social. Mas estava ali, então de certo modo a epidemiologia se expôs à penetração desta novidade. Na hora que uma área disciplinar qualquer se expõe à penetração, infiltração dessas conceptualizações do social, ela se expõe a todas. Quer dizer, quando ela lida, ainda que parcialmente, com o objeto que passa a ser social ela não tem nenhuma garantia de poder manter um padrão de cientificidade que era aquele que a Biologia lhe dava antes. Quer dizer, ela tem que aceitar que o padrão de cientificidade é outro. O que eu quero dizer é o seguinte: não deve sobrar a impressão de que a epidemiologia social deve ser analisada pela mesma ótica da qualidade de seus resultados com que avalio a epidemiologia clássica. Posso até ter deixado essa impressão, ao mostrar os limites que a epidemiologia social enfrenta. E minha intenção não era esta, acho que não dá para pegar a epidemiologia social e dizer que as médias, as normas e os desvios padrões não estão bem feitos. Porque o critério de validação do conhecimento, nesta altura, é outro. Ou seja, não sei se é tão importante que os estudos de saúde/trabalho mostrem, realmente, relações diretas, importantes apenas se você assumir a ótica cientificista da Biologia.

Eu estou querendo lembrar é exatamente outra coisa. Se, por exemplo, uma pessoa diz que as condições de trabalho estão determinando um aumento no índice de doença no país e não consegue te mostrar isto através de médias e desvios padrões, mas consegue mostrar isso, por exemplo, através de dados altamente indiretos de natureza social, você talvez não possa opor uma forma de avaliação à outra. Ou seja, você pode dizer que gosta do conhecimento produzido assim, com as médias e desvios padrões. Mas este padrão metodológico não é necessariamente um elemento para

invalidar o outro tipo de conhecimento. Quer dizer, não dá para invalidar se o sujeito não se submeteu aos mesmos parâmetros de investigação que você. Se os parâmetros de investigação dele forem outros, você pode dizer que gosta ou não gosta. Mas, a função daquela outra epidemiologia não é a de mostrar a média ou desvio padrão. Não pretendeu dizer que em uma população X havia tanto de doença, mas pretendeu dizer uma outra coisa que não é mensurável. Ou seja, que a sociedade de tipo X produz um processo saúde/doença de um tipo também particular. Não dá para usar estes elementos para criticar, você só pode dizer que não gosta.

[**Nota dos organizadores:** *aqui, novamente, foi suprimido longo trecho confuso, numa alteração da professora com um aluno; remetemos à gravação.*]

Eu leio essas coisas todas que o povo escreve. Vejo, inclusive, todas as teses de epidemiologia. Não acho que tudo na epidemiologia social implique uma negação do conhecimento acumulado na epidemiologia clássica. São raros os autores que chegam a este nível de virulência, que dizem que nada se sabe, em geral. A posição é outra, é um pouco mais moderada. Quer dizer, o que se sabe não é necessário para saber o que se deve saber. Não é necessário para o que se deve saber. Eu não sei se todas as pessoas dizem isso assim, estou sintetizando um pouco a forma pela qual eu vejo isso aparecer. Bom, não é que isto aqui é besteira. Está dito de outra forma: sujeitos em tais condições têm mais tuberculose que sujeitos em outras condições. Muitos epidemiólogos, chamados sociais, até dizem que este é um ponto de partida interessante, é uma observação que não há como negar. Está aí e, talvez, até eu possa inclusive partir dela para outras indagações. Descobriu-se que há uma tal distribuição de tuberculose na população, e eu não vou abandonar este dado. Do mesmo modo, digamos que Marx não ignorava que a população existisse. Nem dizia que ela não existia, porque ela não era para ele a realidade mais significativa. Dizia: a população existe; só que, enquanto população, para mim, ela não adquiriu significação. Ela só adquire significação quando eu pensar essa população sobre a forma de classes. Mas, nem por isso eu vou dizer que população não existe.

Então, boa parte dos trabalhos da epidemiologia social deixam a impressão de que a questão não é que a epidemiologia [*clássica*] não presta. Mas sim que ela está limitada no seu grau de abrangência dos processos que atuam sobre saúde/doença. Eu acho que isso é uma perspectiva um pouco diferente daquela que sintetiza que o conhecimento [*anterior*] não presta. Não é que ele não presta, ele é um conhecimento em determinado nível, e ele foi até aí.

[**Nota dos organizadores:** *novo trecho, confuso e polêmico, suprimido.*]

Eu acho que os epidemiólogos sociais não conseguiram abandonar o conceito de doença, A epidemiologia social não conseguiu se acabar por que chega em um ponto ela se encontra com doenças que só a Biologia conceituou. Ela só consegue completar o seu projeto, quando se encontra com certas coisas que não podem ser inteiramente metidas dentro de uma armadura biológica. Podia até ser o caso do câncer, por exemplo, mas ninguém ainda conseguiu pegar o câncer e tirar da armadura biológica. Podia ser o caso da própria tuberculose, mas ninguém conseguiu ainda tirar a tuberculose da sua armadura biológica. Quando eu perguntei como é que se define, Osvaldo [*Campos*] disse: “uma doença infecciosa”. Quando você pega a nutrição, de que entre outras coisas a medicina nem sequer se ocupou de longa data, é muito diferente das moléstias infecciosas. Era uma questão mais marginal do que as moléstias infecciosas. Então, você pode ter um sociólogo, por exemplo, que queira chamar nutrição de fome e não pode chamar câncer de fome.

[**Nota dos organizadores:** *novo trecho confuso e polêmico eliminado.*]

A partir dos seus parâmetros, de seu arcabouço teórico, ele mostra que você não pode reduzir nutrição ao biológico. Então, ficam dois arcabouços teóricos, foi exatamente o que eu tentei mostrar. Quando a epidemiologia diz que alguma coisa é social, mesmo que ela não esteja se designando epidemiologia social; então, vai estudar se os pobres estão mais desnutridos que os ricos. Acontece que, de certo modo, eu tomei o meu conceito pelo menos parcialmente tributário de uma concepção

do social. E, a partir daí, eu tenho que admitir as outras concepções do social. Não posso considerar o meu conceito e dizer que há só uma concepção social. Porque não existe só uma concepção do social, existem várias. Por outro lado, vamos dizer que existe hoje só uma concepção de biológico. O que não quer dizer que historicamente não tenham existido várias concepções de biológico. Mas, hoje existe uma, que daqui a meio dia pode ser outra.

[**Nota dos organizadores:** *comenta, então, o que está no trecho seguinte.*]

É essa impressão errada que eu sempre acho que tenho: que o biológico é uma ciência exata, indiscutível e que não existem milhares de teorias também... Bom, se ela fosse exata e indiscutível ela não teria variado historicamente, acabeo de lembrar que ela varia historicamente. Só quero dizer que não há quinze verdades em competição na Biologia hoje. Se houver quinze verdades em competição na biologia hoje, amanhã uma dessas verdades supera a outra. Ela não é a ciência exata das coisas.

[**Nota dos organizadores:** *a fita cassete termina dando a impressão que houve uma conclusão, que se pode intuir, mas não existe.*]

Cecília Donnangelo y el *ethos* tecnocrático de la salud pública actual

(*Esencia contrahegemónica de su memoria*)

Jaime Breilh¹

Cecília Donnangelo es sin duda una de las figuras mayores del pensamiento crítico latinoamericano sobre la salud.

Reavivar su memoria será siempre importante, pero lo es más ahora que la América Latina atraviesa por una etapa de presión ideológica hacia un neo-funcionalismo, que forma parte del *ethos*² *tecnocrático* del capitalismo del siglo XXI y que ha invadido lamentablemente también la salud colectiva.

Sería inoficioso repetir aquí una síntesis de la valiosa hoja de vida de la Profesora Donnangelo, tarea ya magníficamente cumplida por Everardo Nunes³, o pretender cubrir en estas pocas páginas todo el espectro de sus penetrantes aportes sobre la relación entre la medicina y la sociedad⁴, o abrazar sus reflexiones esclarecedoras sobre el vínculo histórico de la salud con la sociedad.⁵ Esas tareas sólo podrán ser abordadas por un colectivo, que enfoque en profundidad distintas facetas de su pensamiento y posibilite una relectura actual de sus aportes a la formación de la corriente crítica de la que antes llamábamos medicina social.

El propósito de este breve ensayo es más bien enfocar la importancia de sus esclarecedores argumentos sobre los disensos y paradigmas

1 Jaime Breilh (breilhjaime@gmail.com) é médico, PhD em Epidemiologia e diretor da área de saúde na Universidad Andina Simón Bolívar, com sede no Equador.

2 Concepto griego adoptado por la Real Academia como “etos”, sin “h”, que se refiere al “conjunto de rasgos y modos de comportamiento que conforman el carácter o la identidad de una persona o una comunidad”; implica para nosotros la eticidad o dirección moral de dicha comunidad.

3 Duarte, Everardo. “Cecília Donnangelo: Pioneira Na Construção Teórica de Um Pensamento Social Em Saúde.” *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol. 13, n. 3, p. 909-916, junho 2008.

4 Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade*. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

5 Donnangelo MC, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

contrapuestos de la epidemiología, terreno en el que sus preocupaciones coinciden con problemas que varios de nosotros hemos trabajado, en el afán de construir una visión crítica sobre la realidad.

El contexto: amenazas y posibilidades de antes y hoy

Fue en el año de 1964 que la Profesora Donnangelo se vinculó por primera vez a la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, dictando la cátedra de Medicina Legal y Social. De tal forma que su acercamiento a la medicina, como socióloga y epistemóloga, se concretaba en el mismo fatídico año en que una cúpula fascista daba un golpe militar, empujada por el gobierno de los Estados Unidos, contra el régimen de João Goulart.

Dicho régimen había propugnado reformas de base – como la agraria, bancaria, tributaria, administrativa y educativa – y medidas de gobierno como el nuevo estatuto del trabajador rural, en respuesta a la movilización de los sindicatos y estamentos progresistas de la clase media. De ese modo se había creado un clima de reforma social que inquietó al codicioso empresariado, y dio pretexto a los altos mandos militares para asumir su papel de represores de la tendencia progresista que se estaba construyendo; se produjo así un giro radical que hizo entrar al Brasil en la noche oscura de las dictaduras del Cono Sur.

Fue en ese contexto de represión y pérdida de derechos que los intelectuales e investigadores como Cecília Donnangelo tuvieron que labrar su producción. La dictadura se prolongó hasta 1985, opacando la vida del Brasil durante todos los años de mayor productividad de la Profesora Donnangelo. Los procesos que ella contribuyó a estudiar y la construcción de sus argumentos teóricos, tuvieron como trasfondo histórico la instalación a sangre y fuego de una nueva etapa del capitalismo industrial, en la que fueron sucediéndose precisamente los procesos que ella contribuyó a comprender: la incorporación de los profesionales de salud al mercado asalariado; la proletarización del trabajo en los servicios; la instrumentalización del sistema de salud en función de la acumulación de capital; y la segregación clasista de la oferta y el acceso a los servicios.

Claves éstas que ella trabajó para explicar la realidad, sin tapujos, desde la perspectiva de la economía política y el materialismo histórico.

Si damos un salto en el tiempo desde esa época hasta el presente, y luego de treinta años de la desaparición de la Profesora Donnangelo en un accidente de tránsito (1983), las características esenciales del sistema social y de salud del Brasil y de América Latina no han cambiado sustancialmente, a pesar de algunos avances logrados y de una consolidación de la democracia representativa. Es así, por que a pesar de que en el Brasil, por ejemplo, la movilización social de los 70s y 80s dio lugar a la confluencia de una corriente de reforma en salud que se plasmó en la 8^{ava} conferencia (1986), luego en la nueva constitución brasileña y finalmente en la formación del sistema único de salud (SUS), no se ha proyectado hasta ahora en una profunda transformación de la sociedad, ni del modelo biomédico asistencialista que aun pervive.

Así mismo en Ecuador, a pesar de que el pueblo movilizado derrocó tres gobiernos neoliberales, colocó en el aparato público a un político de discurso progresista, elaboró una avanzada constitución, contuvo un neoliberalismo tan agresivo como evidente, y consiguió una inédita inversión en los servicios públicos como el de salud, no se ha logrado hasta ahora transformar ni el modelo de acumulación rapaz, ni la lógica concentradora de la economía de mercado, ni la lógica asistencial-mercantil de la salud, ni peor aún el modo civilizatorio que los afianza y reproduce.

En nuestros países el sistema de acumulación de capital se aceleró en estos años, y la toma del aparato gubernamental por sectores de intencionalidad progresista⁶, no ha hecho sino consolidar un proceso de modernización del Estado para el capitalismo del siglo XXI, posibilitando un remozamiento de la hegemonía, dejando intocada la matriz derrochadora y peligrosa del extractivismo y reafirmando la civilización individualista-consumista que extrema la circulación de mercancías como fuelle de la reproducción del capital.

En definitiva un contexto histórico que, en los años 80 y con más fuerza ahora, expande el *ethos tecnocrático*, aprisionando el alma de

6 Categoría ambigua, ligada a la noción hegemónica de un supuesto progreso, cuya fuerza e implicación transformadora se diluye en el ethos tecnoburocrático.

nuestras universidades y espacios de gestión; un escenario social que provoca en la salud pública el “drift” subrepticio hacia un modelo funcionalista que, así como en los 80 frenó la tendencia emancipadora, ahora está ahogando los espacios “bien intencionados” de un “progresismo” discursivo, donde una joven tecnocracia repite acrítica y funcionalmente el discurso y práctica de la modernización administrativa que requiere el capital. Es una gestión “progresista” que moderniza sin transformar; administra sin movilizar; denuncia sin explicar; y termina cumpliendo estándares funcionalistas y mejoras redistributivas puntuales que hacen más decorosas las estadísticas sociales del sistema, pero que no significan, ni remotamente, una revolución social, y ni siquiera un avance profundo en la conquista de modos de vivir más saludables y un nuevo modelo de salud.

Y justamente en este punto cabe un paréntesis sobre un hecho actual que refuerza la vigencia de la postura de Cecília Donnangelo contra el funcionalismo. En medio de dicha penetración de una cultura “tecnocibernética”, que subsume el pensamiento de los funcionarios de la gestión en general y de la salud pública específicamente, se exagera la lógica funcional como sustituto del análisis crítico y se dinamiza gracias a plataformas tecnológicas que, sin beneficio de inventario y despojadas de toda dinámica transformadora, producen más bien un remozamiento y consolidación de lo que podría denominarse el neo-funcionalismo. Las nuevas tecnologías del mundo digital, por ejemplo, terminan así convertidas en las más eficientes herramientas de domesticación del pensamiento, de construcción de hegemonía y hasta en instrumento de velada o directa represión. En la era de las “ciudades digitales”, se vuelve imperativo incluir los fenómenos del ciber-espacio en la reflexión sobre la salud colectiva. Es por eso que en un trabajo reciente he polemizado sobre las implicaciones de este fenómeno, la necesidad de repensar la teoría del poder, e incorporar la esfera cibernética en las reflexiones acerca de la determinación social de la salud.⁷ Aclaremos este punto.

7 Breilh, Jaime. 2013. Epidemiología del Siglo XXI: Repensar la teoría del poder, nuevas formas de la determinación de la salud (Dominación, hegemonía y orden cibernético). Trabajo presentado hace pocos días a la Revista Medicina Social, Nueva York).

La crítica de las nuevas tecnologías y especialmente de las NTICS, nada tiene que ver con una valoración negativa de las mismas. Ningún investigador actualizado y bien formado puede desconocer las enormes facilidades y potencialidades que nos brindan los siempre renovados procesos asistidos por computador y los recursos como la red global y la comunicación digital. Tampoco ningún investigador democrático, de espíritu abierto a las bondades de la tecnología, puede desconocer las potencias del empleo de las redes sociales y de los hipermedios en internet como herramienta de una construcción contrahegemónica, pero seríamos radicalmente ilusos si desconocemos que en las transacciones y flujos de la esfera cibernética se reproducen los intereses y abismales inequidades del capitalismo. En verdad, las herramientas de la esfera virtual se han masificado siguiendo las mismas relaciones de poder y asimetrías que imponen los mega capitales, que son los verdaderos dueños y usufructuarios de los recursos de la red global.

En los años 70 y 80 la Profesora Donnangelo denunciaba la inequidad social y la hegemonía cultural que se construye en el campo de la salud y reclamaba la urgencia de una acción contrahegemónica como desafío prioritario de la salud colectiva. Esas vibrantes lecciones sobre el efecto paralizante del funcionalismo no han perdido vigencia en esta hora de la sociedad digital, por el contrario, recobran plena vigencia cuando los flujos de la salud-mercancía, se multiplican en el mundo de la comunicación, mostrando nuevas formas de instrumentación de la salud para la lógica de los mega-negocios. Es decir, en pleno siglo XXI, en la era del llamado capitalismo del conocimiento, se abre una fase de *acumulación cibernética* del capital que opera también en las empresas de la salud, gracias a la convergencia de las tecnologías como las informáticas, las de la automatización del modelo Toyota y los flujos de comunicación instantánea que hacen posible las operaciones del “outsourcing”⁸; algunos estudios sugieren que, en esta nueva etapa se habría modificado la ecuación de la acumulación de capital del período fordista, que corresponde a la forma D-M-D', hacia la forma D-M(K)-D', que incorpo-

8 Fumagalli, Andrea. *Bioeconomía y Capitalismo Cognitivo: Hacia Un Nuevo Paradigma de Acumulación*. Madrid: Traficantes de sueños, 2010, p.87-88

ra la producción de valor en dinero por medio del conocimiento (K).⁹ Cuantos ejemplos podríamos citar del crecimiento de estos novedosos mecanismos de acumulación en los campos del diagnóstico y la terapéutica, por ejemplo. Por otra parte, más allá de la clásica subsunción del trabajo descrita por Marx como mecanismo para elevar la extracción de plusvalía – que si opera en los servicios de salud de operación digital de recursos humanos y equipos –, existe además una *subsunción cibernética o virtual*, que exacerba lo que algunos llaman la subsunción del consumo^{10,11}. En otras palabras, podemos decir que actualmente no hay resquicio alguno de nuestras vidas que no esté ligado a la ciber-esfera y, por esa vía, se condicionan nuestros modos de vivir.

Por otro lado, así como en el espacio social del capitalismo, los gigantes empresariales recurren al mecanismo de *despojo* (“pilhagem”) para acumular por medio de la fuerza o del fraude los recursos vitales (tierra –“landgrabbing”, agua, genoma, etc.), en la esfera virtual también es posible el despojo cuando, por ejemplo, grandes empresas de la ciber-esfera que operan gigantes motores de búsqueda y redes sociales usurpan y mercantilizan subrepticamente millones de datos privados y confidenciales, generales y de salud, que son extraídos de las cuentas de sus usuarios, insertándolos en la lógica de sus estudios de mercadeo y diseño de productos “médicos”.

Y por último, en el terreno de la dominación social, existe lo que algunos están llamando *ciber-control* o *represión cibernética*. El ciber acoso (“bullying”) que se ha multiplicado generando una epidemia de sufrimiento mental en niños y adolescentes, es apenas el pico del iceberg de un proceso colectivo de determinación ciber-social de la salud.

De tal modo que, la convergencia de tecnologías cibernéticas para la expansión rápida de la acumulación de capital, para el control de los trabajadores y la aplicación del ciberespacio para el control y el espionaje social, han generado una esfera virtual inscrita en dicha acumulación

9 Sraffa. Piero. 1960. Producción de mercancías por medio de mercancías, citado por Fumagalli, Andrea. 2010. *Bioeconomía y Capitalismo Cognitivo: Hacia Un Nuevo Paradigma de Acumulación*. Ibid., p. 87-88.

10 Jorge Veraza. Subsunción real del consumo al capital. México: Editorial Itaca, 2008

11 Andrés Barreda. Economía ecológica y ecología crítica. Seminario del Doctorado en salud colectiva ambiente y sociedad. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar del Ecuador, agosto 2010

y en los estrategias policiales del Estado, que es altamente organizada y globalmente extendida, en la cual ocurren procesos que co-determinan nuestro modo de vivir, de pensar y de aspirar, lo que he propuesto llamar una *determinación y subsunción cibernética*, y en la cual se multiplican mecanismos de represión.

Quiere decir, entonces, que esos fenómenos masivos, globalmente presentes, no solo moldean el espíritu y condicionan las ideas de los jóvenes gestores de la salud, dentro y fuera de los servicios de salud, sino que forman parte de la determinación social de la vida y la salud, se convierten así en objeto de la epidemiología y la salud pública, y son el recurso más poderoso del control del pensamiento de la salud colectiva, así como de la operación de sistemas de salud regidos por el principio funcionalista que tanto preocupaba a los investigadores como Cecilia Donnangelo que lo confrontaron.

Una década después de su fallecimiento, ya en los 90s, la filosofía neoconservadora encabezada por el posestructuralismo francés, acompañó al neoliberalismo económico y operó como antídoto de marcos críticos como el marxismo – principal discurso crítico sobre la modernidad capitalista – y propuso abandonar todo relato de la totalidad, buscando sumergirnos en la atomización extrema de la diversidad. En congruencia con lo anterior, ese posmodernismo retardatario propuso desterrar las organizaciones colectivas ligadas a cualquier interés corporativo, es decir, en esos años la idea era dismantelar todo sustento de conciencia y organización que se opusiera a la agresiva operación de la lógica del mercado. Con el paso al siglo XXI, la construcción de hegemonía ha dado un salto mayor; el neoconservadorismo no requiere ya de una explícita filosofía retardataria, sino que opera mediante la poderosa oleada del pensamiento tecno, enlatado, acrítico, y la subsunción de los investigadores y gestores bajo la lógica bidimensional del computador. Los neurofisiólogos que estudian el fenómeno describen dos consecuencias de la lógica bidimensional en nuestros cerebros: primeramente exacerba las representaciones e imágenes en dos dimensiones, con lo cual disipa la triple dimensionalidad de la vida social y desaparece los sentidos históricos y éticos de la realidad, que son indispensables para el florecimiento del pensamiento crítico. En segundo lugar, substituye lo colectivo real por una audiencia

virtual numéricamente impresionante pero cuya socialidad en red de individuos desmonta cualquier opción clasista de su movilidad.¹²

Con esos elementos comprendemos por qué muchos cuadros dirigentes y técnicos de la América Latina “progresista” – la de un “sumak kawsay” vaciado y otras retóricas de la nueva hegemonía –, cuestionan con arrogancia los discursos críticos ligados a la transformación de los luchadores sociales, del movimiento campesino, indígena y otros, mientras aplican como panacea una tecnología encerrada en la aceleración de procesos administrativos y obnubilada por éxitos productivistas. Así avanzan los espacios funcionalistas mientras retroceden los espacios y programas críticos del Estado, del mundo cultural y de las universidades.

En los años en que Cecília Donnangelo desarrolló su esclarecedora docencia y contribuyó a formar a varios de los más importantes investigadores críticos del Brasil, las universidades públicas como la de São Paulo –una de las más importantes del continente –, encabezaba un impulso de las ciencias de la salud. La respetada Cecilia vivió en esos años lo que ahora se ha denominado una *ciencia académica*. En ese tiempo, a pesar de las limitaciones interpretativas del reduccionismo positivista que reinaba sin mayor contrapeso en las escuelas de medicina, el pensamiento científico se guiaba aun, al menos en intención, por los principios mertonianos que John Ziman los resume mediante el acróstico CUDOC: ciencia de la comunidad, no privada; con sentido universal; aparentemente desinteresada o desligada de los intereses corporativos; centrada en avances originales del conocimiento; e inspirada por una creatividad, más allá del inmediatismo pragmático. Pero ahora, bajo la agresiva instrumentalización del conocimiento por el capital, el ethos pragmático funcional de las universidades ha girado hacia una ciencia que Ziman designa como *ciencia pos-académica*. Una ciencia instrumental para la acumulación y que se guía en cambio por las reglas que resume el acróstico PLACE: es una ciencia con propietario, no pública; es una ciencia local, focalizada en procesos técnicos puntuales antes que en la comprensión general; es una ciencia bajo autoridad gerencial y no por científicos independientes;

12 Greenfield, Susan, and David Babbs. 2013. *Is the Internet Bringing Out the Best in Us? - Five-minute Video Debate | Comment Is Free | Guardian.co.uk*. Accessed July 17. <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/video/2013/jul/15/internet-susan-greenfield-david-babbs-video-debate>.

es una ciencia comisionada para metas prácticas, antes que la búsqueda de conocimiento; y finalmente es una ciencia de expertos enfocados en la resolución de problemas puntuales, antes que científicos creativos con miras en la transformación de la realidad.¹³

La salud pública en general y la epidemiología como una de sus ramas no podían abstraerse de ese giro hacia el instrumentalismo digital, frente al cual aparece igual disyuntiva. O la incorporación de la tecnología para el análisis empírico – cuantitativo, cualitativo y espacial – y la entrada de las NTICS¹⁴, se realizan en los marcos de una epidemiología crítica, de una teoría crítica de la gestión, de una epistemología crítica de la salud y, en definitiva, de una visión emancipadora de la ciencia, o se lo hace para remozar el funcionalismo, para acelerar y potenciar los procesos de una “gerencia” sanitaria instrumental a las estrategias de la gobernanza funcionalista. Ese es el tipo de dilema frente al cual cabe más que nunca, y cobra sentido legítimo, el celebrar la memoria de Cecilia Donnangelo, con su frontal denuncia del funcionalismo y de los usos capitalistas de instrumentos aparentemente dirigidos a la equidad en el acceso a la salud. Cómo no recordar, por ejemplo, su cuestionamiento a la llamada “medicina comunitaria”, denunciada por ella como subterfugio para mantener la estructura social y palear las contradicciones del sistema.

El sistema social busca reproducirse y reproducir una salud pública instrumentalizada a sus necesidades estratégicas. Procura no dejar resquicios y copar todos los frentes. El mundo académico debe también ser domesticado y funcionalizado. No hay espacio de independencia real.

El caso de la revista *Food and Chemical Toxicology* ilustra bien la ingerencia del poder transnacional en la ciencia, e incluso en las revistas arbitradas más prestigiosas que suelen asumirse, con no poca ingenuidad, como espacios de la mayor e incorruptible objetividad científica. Luego de que dicha revista publicó el trabajo del Profesor Gilles-Eric Séralini de la Universidad de Caen (Francia), y en el cual mostró resultados experimentales de dos años de observación sobre el efecto del maíz genéticamente modificado de Monsanto y del herbicida Roundup sobre ratones, demostrando incremen-

13 Ziman, John. *Real Science: What It Is, and What It Means*. Cambridge; New York, NY: Cambridge University, 2002.

14 Nuevas tecnologías de la comunicación.

to de tumores, alteraciones y mortalidad, arrancó una campaña de desprestigio contra la revista, presionándola para que se retracte. Meses después, a inicios del 2013, el consejo editorial de la revista adquirió un nuevo Editor Asociado que resultó ser Richard E. Goodman, ex empleado de Monsanto (1997-2004) y autor de trabajos disuasivos sobre los efectos alérgicos de los productos Monsanto. Casos como éste son cada vez más frecuentes y ponen al desnudo la pérdida de sentido de la actividad científica y su papel indecoroso como instrumento de la ciencia funcional.

Es por eso necesario dar todo relieve a la obra y trayectoria de científicos independientes como Cecília Donnangelo y su lucha. Debemos tomar conciencia de los motivos profundos para celebrar su memoria: primeramente, el contenido emancipador de su pensamiento; en segundo lugar, su generosa entrega de ideas innovadoras a la formación de cuadros de varias generaciones, que con el tiempo se convirtieron en forjadores de la salud colectiva brasileña; y en tercer lugar -pero no menos importante-, porque tuvo la fuerza de cuestionar frontalmente al sistema de salud farmo-bio-médico capitalista, justamente en los tiempos adversos de una dictadura. Todas tres características y su entrega al ideal socialista se oponen con fuerza aleccionadora a la cultura individualista y pragmática que ha invadido el alma académica en años recientes y por eso el gran acierto del Instituto de Salud de publicar, justo ahora, este libro dedicado a Cecília.

Hacia una recuperación de la esencia contrahegemónica de los argumentos epidemiológicos de Cecília Donnangelo

La transcripción magníficamente lograda por José Carvalheiro del audio de una conferencia que dictó la Profesora Cecília en un *Curso de Epidemiologia Social* realizado en la Asociación de Sociólogos del Estado de São Paulo en octubre de 1982, es decir poco antes de su muerte, sintetiza argumentos epidemiológicos trascendentes y que son de evidente actualidad.

En cuanto a esclarecer como ella dijo “lo social en la epidemiología” primero explica cómo para esa fecha no se encuentra en el desen-

volvimiento de la disciplina concepciones de lo social que se distancien mucho de aquellas desarrolladas en las ciencias sociales. Ella hizo notar que los diferentes paradigmas epidemiológicos de la época incorporan las distintas conceptualizaciones sobre lo social presentes en las corrientes afines de las ciencias sociales de entonces. Lo cual a nuestro modo de ver, se resume en el argumento de que para ese momento la construcción del objeto propio de la epidemiología no implicó una producción teórica totalmente original, sino la articulación creativa de soportes teóricos ya trabajados previamente por ciencias como la economía política, la ecología crítica y la epistemología crítica.

Al respecto vale añadir a favor de las contribuciones de la nueva epidemiología latinoamericana que la originalidad radicó justamente en articular alrededor de una nueva comprensión del objeto epidemiológico, robustos argumentos sobre la salud como proceso socialmente determinado y ligado al desarrollo de la sociedad capitalista como tal.

Pero un segundo argumento que adelanta Donnangelo, es la aclaración de la notable diferencia que existe entre dos modos de entender lo social. Una concepción positivista, convencional y hegemónica de *lo social* que si bien lo asume como un asunto significativo para la comprensión de la salud, sobre el que se actúa sólo para producir modificaciones en los estados patológicos y comportamientos de los individuos afectados, pero que en todo caso trata lo social como algo externo, es estratégicamente interesante para la acción en las personas, pero que no amerita transformarse como tal. Mientras que por otro lado, destaca acertadamente las tendencias que comprenden lo social como una totalidad, en ningún caso reductible a lo individual, que sólo puede comprenderse mediante concepciones renovadas de la salud y que comportan intervenciones sociales y no al nivel individual.

Dicho argumento sintetiza pedagógicamente la lucha que deplégamos por años desde la epidemiología crítica y que se enfoca en el punto más álgido de diferenciación con el funcionalismo. Ella y nosotros hemos luchado para que se comprenda que la salud no se transforma, que la prevención real no se logra, actuando solamente sobre individuos y “variables”, sino transformando los procesos sociales amplios que son parte de la salud y su determinación.

Un segundo conjunto de argumentos refuerzan la crítica del estructural funcionalismo de Talcott Parsons, demostrando que la teoría parsoniana de la acción no es otra cosa que un “instrumento para poder hacer ese camino de lo social a lo comportamental” es decir lo individual.

Esta idea expuesta por ella en la charla, justamente coloca en la mesa del análisis una de las tesis más importantes de la epidemiología crítica contra el funcionalismo de la vieja salud pública. En otros términos, lo que la Profesora Donnangelo estaba sustentando es la necesidad de comprender la base teórica misma de las políticas de salud funcionalistas. Es decir, políticas que parten de una visión de la realidad como conjunto de “factores” peligrosos que se asocian a efectos individuales, con lo cual, como hemos dicho antes, se encierra la lógica de la salud pública en actuar sobre los factores y no sobre los procesos sociales generales, estructurales que los explican y determinan.

Por esa vía Donnangelo diferencia entre dos epidemiologías: una convencional “que trabaja fundamentalmente con procesos individuales y otra social que lo hace con procesos sociales”. Argumento esclarecedor sobre un tema que se ha prestado para mucha confusión y que ha sido muy difícil explicar a las generaciones de jóvenes salubristas e investigadores, formados frecuentemente en espacios universitarios sometidos a una lógica lineal, funcionalista, bidimensional, a los que pocas veces llega la lógica dialéctica y el pensamiento complejo indispensables para mirar la realidad en movimiento y conectar la salud con el proceso de acumulación que rige en desarrollo social.

Como lo explica acertadamente la Profesora Donnangelo para la vieja concepción “lo colectivo no es un eje de análisis sino un mero recurso estratégico para comprender variaciones individuales”, era también la epidemiología social ha restringido su análisis a lo social como externo. Nosotros diríamos por que en esa época no se trabajaba aun en profundidad las nociones de subsunción y autonomía relativa.

Estos argumentos juegan alrededor de uno de los puntos claves para la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana y expresan una idea fuerza de la misma que la reconocida pensadora brasileña sintetiza así:

“Lo que traté de mostrar es hasta que punto la forma de incorporación del concepto de lo social obstaculiza determina-

dos avances. En la epidemiología clásica, por que lo social es realmente incorporado marginalmente, y en la epidemiología social, por que lo social es incorporado sólo como determinante externo. Como una forma fuerte de ver la constitución del proceso salud/enfermedad, que hasta hoy no dio margen, no creó posibilidades para que se renovase el campo de saber en lo que se refiere a la propia salud /enfermedad.”¹⁵

En su charla dedica importantes cuestionamientos a la doctrina de la historia natural de la enfermedad y fortalece argumentos que nosotros formulamos a fines de los 70, para poner al descubierto los errores interpretativos de las tesis de Leaverl-Clark que copan la lógica de la salud pública oficial, depositando toda explicación en un llamado “medio ambiente” “marginalizado y naturalizado”. Esa crítica que ella expande es muy importante a la hora de construir una visión alternativa de la prevención.

Finalmente su análisis sobre las contribuciones de la epidemiología crítica se completa cuando Donnangelo argumenta que la visión latinoamericana trajo al campo de la salud las nociones de *proceso* y de *grupo*, recuperando así el dinamismo y la complejidad del objeto epidemiológico que la vieja epidemiología había reducido por su visión estática y lineal. La idea además de no desaparecer el dominio de lo individual-biológico, y su especificidad, a cuenta del análisis social, es fundamental y surge de una visión dialéctica sobre la relación entre la parte y el todo, un enfoque del movimiento que mantiene a lo individual y lo colectivo como polos que participan siempre activamente en la generación de la realidad humana y sanitaria. Lo individual biológico expresando lo colectivo, que lo genera y explica, pero actuando también para incidir sobre lo colectivo.

Volver entonces sobre las contribuciones de la respetada Cecilia, es finalmente no sólo un camino para reafirmar la solidez académica de la salud colectiva, el sentido eminentemente crítico del discurso y acción latinoamericana, sino que es una manera de reafirmar y repotenciar el sentido ético y revolucionario que debemos defender para la salud colectiva en horas de la amenaza funcionalista.

15 Donnangelo, Cecilia. Aula em Curso de Medicina Social. São Paulo: Associação dos Sociólogos do Estado de São Paulo, outubro, 1982.

Recuperar la memoria de Cecília Donnangelo, es mucho más que describir sus brillantes escritos y los éxitos de su carrera como docente; recuperar a plenitud su memoria es aplicar sus ideas y valores contestatarios para penetrar mejor en la crítica de la sociedad capitalista, tomar distancia de los discursos y prácticas neo-funcionalistas, superar los devaneos de una salud pública funcional y de una academia “light”, para construir un proyecto consistente para la construcción de modos de vivir realmente saludables que sólo son posibles al superar los modos de producción y de vida malsanos que derivan de la acumulación de capital.

Desde su comienzo en los 60s y 70s, y con más razón a partir de su formal aparición en Ouro Preto en 1985, la salud colectiva latinoamericana colocó como eje de su ideario y plan estratégico, la lucha contra toda forma de acumulación elitista de los bienes de nuestras sociedades, contra la exclusión clasista frente a esos bienes y derechos, contra un modo productivo acumulador, sustentado en patrones de trabajo malsanos, contra los patrones sociales de consumo de alimentos y servicios incompatibles con la salud y, en definitiva, contra la hegemonía en salud del modelo industrial farmo-bio-médico, que no sólo deforma el ejercicio de los servicios clínico-quirúrgicos, sino que penetra también en la vieja salud pública, al amparo de las presiones comerciales y políticas del poder empresarial y sus representantes en los gobiernos. Es para confrontar ese sistema que escribió, enseñó y luchó Cecilia Donnangelo, es esa la esencia de su fructífero paso por la vida, esa debe ser la esencia de la memoria que construyamos con su obra ejemplar.

O social na Epidemiologia: reflexões metacríticas

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres¹

Imagine, leitor, a Profa. Maria Cecília Ferro Donnangelo expondo suas ideias em uma das inúmeras salas de aula onde hoje ensinamos e discutimos Saúde Coletiva, nos diversos programas de graduação, especialização, residência e pós-graduação Brasil afora. Ou imagine-a dirigindo-se a uma das plenárias dos concorridos congressos da nossa área. Nesses espaços e contextos, que ela certamente nem poderia imaginar à sua época, embora sejam resultados também de seu trabalho, que sentido fariam as proposições que elabora nesta sua aula “O social na epidemiologia”? Em que medida e de que modo ela falaria a nossas preocupações atuais? É a essa atitude e indagações que convido o leitor que me acompanhará nos breves comentários que se seguem.

Ao fazê-lo, nada mais faço do que recorrer à máxima da Hermenêutica Filosófica, que afirma ser o compreender – um texto, um fato, alguém – um deixar que um *outro* nos diga algo (Gadamer, 2004). Essa formulação, que à primeira vista pode parecer banal, exige de nós um considerável trabalho do pensamento, que consiste em mergulharmos na íntima relação que existe entre o outro que requer compreensão e aquilo que desde já sabemos, no mesmo movimento em que nos dispomos a reconstruir o que sabemos com base no novo, na diferença que esse outro introduz, jogando novas luzes e sombras sobre nossa experiência. Trata-se, portanto, de alcançar o delicado equilíbrio entre não ignorar o que de nós existe na Cecília Donnangelo que reencontramos no registro da aula recuperada e, ao mesmo tempo, não deixar que essa presença que tornamos possível se reduza a mero espelho de nós mesmos.

É dessa natureza hermenêutica o exercício aqui proposto: fazer Donnangelo falar a partir da nova situação prática que, 30 anos depois, torna

¹ José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (jrcayres@usp.br) é médico e Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

possível e desejável ouvi-la. Situação prática que torna o “falar de novo” desse discurso distante no tempo, inexoravelmente, um “falar diferente” (idem, ibidem), participando de forma renovada do diálogo sempre em curso em que estamos imersos como partícipes da tradição da Saúde Coletiva.

A abertura da Epidemiologia ao social

Quando, na leitura da exposição inicial de Donnangelo e de suas reações às intervenções da plateia, busca-se identificar qual é a pergunta que orienta nuclearmente a sua argumentação, não deveremos estar muito longe da verdade se assumirmos que se trata de *saber se a Epidemiologia está autorizada a emitir juízos sobre o social*.

Em primeiro lugar, devo explicitar o significado de dois elementos centrais na proposição acima: “estar autorizada” e “emitir juízos”.

Quando me refiro à *autorização* da Epidemiologia para emitir juízos sobre o social não estou, claro, remetendo a qualquer tipo de permissão formal, ou mesmo informal, para a ação de ajuizar em si mesma. Trata-se, evidentemente, do exercício de uma autoridade que, de dentro e de fora da comunidade científica dos epidemiologistas, tornaria legítima (ou ilegítima) a construção de discursos sobre o social. Claro também que não é do social, em si mesmo, que se está falando aqui, pois a Epidemiologia nunca teve a pretensão ser uma das ciências sociais. A Epidemiologia nasce e se desenvolve como uma ciência da saúde e é ao âmbito deste campo fenomenológico que se restringem suas pretensões proposicionais (Ayres, 2002; 2008). Em síntese, podemos afirmar que o problema centralmente colocado por Donnangelo diz respeito à legitimação da Epidemiologia para construir discursos próprios sobre a natureza social do processo saúde-doença.

Em se tratando de uma ciência, não são, evidentemente, de qualquer natureza os discursos que a Epidemiologia busca construir. Como as demais ciências modernas, ela busca emitir *juízos*, julgamentos sobre o que e quanto podemos saber acerca dos fenômenos de que se ocupa; ela busca produzir crenças que possam ser tidas como tradução objetiva da realidade dos fatos estudados, fundamentadas de modo coerente com evidências empíricas e lógicas julgadas pertinentes (Costa, 1997).

Então esta me parece ser a tese central da exposição de Donnangelo: *a Epidemiologia não teria encontrado as bases empíricas e lógicas que a permitissem construir discursos científicos suficientemente confiáveis sobre a dimensão propriamente social dos fenômenos de saúde-doença.*

Donnangelo afastou de pronto a hipótese de que essa “fragilidade sociológica” da Epidemiologia seria decorrência da distância epistemológica entre o objeto da Epidemiologia e aquele das ciências sociais. Não, a Epidemiologia não está distante do social, ao contrário, ela está constantemente “às voltas” com o social, afirma ela. O social está presente na Epidemiologia, queiram ou não os epidemiologistas, por força de seu próprio campo de objetividade. Donnangelo defende, então, com base em sólidos trabalhos de autores como Rosen, Canguilhem, Foucault, que, no momento em que a Epidemiologia passa a construir seus discursos sobre o adoecimento com base em fenômenos objetivados em coletivos humanos, o social sempre vem bater à porta, mesmo que seja a “porta dos fundos”. Coletivos humanos, por mais que sejam abstraídos em artifícios conceituais que os atomizem e universalizem em indivíduos-tipo, são sempre expressão de uma realidade enraizada em formas de vida compartilhadas, intersubjetivamente construídas e sustentadas – daí a inexorabilidade do social para a Epidemiologia.

Por isso, afirma, o que distingue a Epidemiologia chamada de convencional ou clássica da Epidemiologia Social não é o fato de seus cientistas estarem ou não lidando com o social em seus estudos, mas o sentido político que dão a esse lidar no modo como entendem sua práxis científica. Para todos eles o social está ali, subjacente a tudo que dizem sobre expressões coletivas de saúde-doença. Porém, enquanto para os praticantes da primeira pode ser suficiente apenas reconhecer a inefável presença do social sob formulações matemáticas instrumentalmente pragmáticas, ou, na pior hipótese, buscar ativamente negá-la, por razões políticas ou ideológicas, conscientes ou não, para os epidemiologistas sociais dar visibilidade à tessitura social dos fenômenos que estudam é tarefa de modo algum negligenciável, se não for mesmo a principal. Dar essa visibilidade é o grande norte político da Epidemiologia Social.

Em razão de suas inclinações políticas e orientação intelectual de influência marcadamente marxista e gramsciana, Donnangelo não

esconde evidente inclinação por uma Epidemiologia politicamente engajada e, nesse sentido, é transparente sua simpatia pela Epidemiologia Social. Não nega a relevância dos estudos epidemiológicos de caráter instrumental, focados nas relações causais proximais, úteis ao controle biomédico das doenças, mas, ao menos nesta lição, ocupou-se fundamentalmente do desafio de fazer falar o social nos estudos politicamente interessados na objetivação do plano de determinação socioestrutural dos fenômenos.

É interessante observar aqui que o primeiro movimento de sua argumentação é identificar como razão central das dificuldades de efetivação científica do projeto da Epidemiologia Social e, portanto, principal obstáculo a ser superado, a *adoção acrítica do conceito de doença*. Para Donnangelo, à medida que o conceito de doença teve definido, historicamente, o plano da individualidade orgânica como seu campo de objetividade, trabalhar com o conceito de doença, ainda que sob a perspectiva processual, que reconhece ter sido uma das importantes contribuições da Epidemiologia às ciências e ao raciocínio médicos, obrigaria qualquer ciência a se restringir a esta esfera de fenômenos, o que impediria a Epidemiologia de tratar objetivamente da dimensão não individualizável dos processos saúde-doença, como os aspectos estruturais. O social só pode adentrar este campo de objetualidade na forma de comportamentos ou atributos observáveis em cada pessoa. Por isso Donnangelo identifica em objetos não estritamente médicos, como a questão da nutrição, ou da saúde mental, possibilidades a serem exploradas no projeto político da Epidemiologia Social. Há pontes entre nutrição e fome, ou entre saúde mental e normas culturais de convívio, que poderiam abrir linhas de fuga do individual como esfera de objetivação.

É questionável a premissa de que parte Donnangelo, de que o conceito de doença tenha sempre remetido ao plano individual. A noção pré-moderna de epidemia, antes de ser apropriada e ressignificada pela discursividade científica moderna, é um primeiro registro histórico de um plano de apreensão racional do adoecimento que extrapola o individual, dizendo respeito a fenômenos coletivos e recorrendo a mecanismos explicativos transindividuais – certamente não socioestruturais, mas relativos à dinâmica da *physis*. Mesmo na modernidade, construiu-se a

noção de constituição epidêmica, orientada à objetivação substantivamente coletiva dos processos de saúde-doença, e que, inclusive, configurou uma possibilidade de resistência à avassaladora leitura bacteriológica dos fenômenos epidêmicos, ponto de apoio para o desenvolvimento da Epidemiologia como ciência autônoma (Ayres, 2008). Há que se concordar, no entanto, que, no contexto do desenvolvimento histórico das modernas ciências da saúde, a validação do conhecimento passou a depender cada vez mais, direta ou indiretamente, de processos de verificação empírica baseados na morfofuncionalidade orgânica do indivíduo. Isto, claro, limita a construção da validade de juízos que não podem – porque não pretendem – ser validados neste plano, embora tratem de fenômenos relacionados. Seria o equivalente, em sentido inverso e guardadas as especificidades, a buscar validar em processos físico-químicos isolados qualquer juízo causal relativo à morfofuncionalidade orgânica.

Por isso penso que podemos concordar com Donnangelo em que há um obstáculo ao projeto da Epidemiologia Social na conceituação de doença, porém não porque este seja imanentemente individualizante na sua conformação histórica, mas porque ele foi se construindo de modo consubstancial a *critérios de legitimação de juízos de verdade* acerca dos fenômenos de saúde e doença socialmente hegemônicos e, estes sim, limitantes para lidar cientificamente com a dimensão social do adoecimento. Nesta perspectiva, o obstáculo ao projeto político-científico da Epidemiologia Social é menos o da conceituação de doença como questão teórico-metodológica do que o das *exigências de validação proposicional* (Habermas, 2012) que o acompanham.

E é a esse ponto que Donnangelo chegará mais adiante com sua argumentação sobre a natureza diversa das condições de validação dos enunciados relativos aos fenômenos sociais e daqueles relativos aos fenômenos biológicos. Donnangelo defendeu no debate ao final da aula, visivelmente baseada no referencial teórico de Lucien Goldmann, a que faz breves referências, que o modo como se constrói e submete ao escrutínio crítico juízos sobre a verdade do real variam não apenas em relação aos conteúdos fenomênicos de que se ocupam, mas também, e de modo dependente destes, em relação à natureza e alcance do tipo de consenso visado. De modo fragmentário e não linear, característico da argumenta-

ção livre em meio a um debate, Donnangelo recorre à colocação – que, naquele contexto, dificilmente se poderia filiar a outro pensador marxista que não Lucien Goldmann (1984) – de que, diversamente do que ocorre na biologia, o conhecimento científico sobre os fenômenos sociais admitem *possibilidades* diversas, e igualmente defensáveis, de apreender os fenômenos sociais e seus determinantes. A favor desta posição, recorre ao fato de que nas ciências biológicas a evidência empírica é critério inenunciável para a aceitação da verdade de um enunciado, o que não ocorre nas ciências sociais e humanas. Embora defenda que, sem a demonstração empírica, as ciências sociais ficariam demasiado presas a elementos ideológicos pouco permeáveis à crítica e transformação, argumenta que é possível produzir evidências em favor de diferentes possibilidades compreensivo-explicativas nas ciências sociais, que podem conviver ou competir entre si sem que se seja obrigado a optar por uma em detrimento das outras, o que seria impensável em Biologia. Desta forma, aponta como especificidade do conhecimento dos fenômenos sociais: a) a influência destacada que o gradiente de racionalidade não apenas lógico-argumentativa, mas especialmente político-pragmática, exerce sobre a validação da verdade de seus enunciados, em contraste com o peso proporcionalmente maior que desempenha a comprovação empírica e experimental nas ciências biológicas – a possibilidade adquirindo uma dignidade epistemológica comparável ao das relações de necessidade; e b) a convivência de diversos paradigmas compreensivo-explicativos em uma comunidade de pesquisadores que compartilha a mesma identidade científica, em contraste com as ciências biológicas, nas quais a emergência de um paradigma explicativo não é definitivamente aceita pelos membros dessa comunidade sem que esse paradigma exclua ou subsuma em seus conceitos e métodos os paradigmas rivais.

O dilema no qual Donnangelo situava a Epidemiologia Social no início dos anos 1980 era, portanto, o de buscar uma ação política baseada em uma estratégia que interditava a si própria nos termos mesmos em que era construída. Como legitimar cientificamente evidências dos determinantes sociais dos processos saúde-doença se, na comunidade científica a que se dirigia esse tipo de discurso, as exigências para a validação dos seus enunciados não correspondiam às condições que podiam

torná-los válidos? Dito em termos habermasianos, o descompasso entre as pretensões, exigências e condições de validade discursiva no âmbito das interações entre os sujeitos orientados pelo norte político da Epidemiologia Social e a comunidade tecnocientífica da saúde, mesmo da Saúde Coletiva, criaram as aporias epistemológicas e os impasses políticos que desafiavam esse movimento nos anos 1970-80.

E qual seria a solução? Evidentemente, e em consonância com suas próprias referências teórico-filosóficas, Donnangelo não podia pretender mais que problematizar a situação e levantar possíveis históricos então vislumbrados. Nesse sentido, não hesita em apontar, embora de modo balbuciante, cuidadoso, como de quem sabe que pisa em terreno pantanoso, uma perspectiva que se mostra um importante móvel político, epistemológico e ético da Saúde Coletiva até nossos dias: abrir-se não apenas a novas possibilidades de leitura científica dos processos de saúde-doença, mas abrir-se a novas perspectivas de legitimação dessas leituras. Segundo Donnangelo, a Epidemiologia já teria feito um movimento semelhante em sua história. De fato, quando abriu horizontes normativos para conhecer e intervir sobre o social como elemento determinante dos processos de adoecimento, os primeiros epidemiologistas não apenas ampliaram o conhecimento do fenômeno doença, mas revolucionaram o modo de conhecer no campo da saúde. Introduziram não apenas, a seu modo, o social, mas, com ele, também a lógica populacional, os métodos estatísticos, a inferência probabilística. É preciso então, propõe Donnangelo, fazer um movimento semelhante, revendo a própria *concepção de conhecimento*, superando dialeticamente as leituras “ingênuas” de um social domesticado pelas regras já postas por certo padrão de cientificidade; abrir-se decididamente ao caráter construído e politicamente implicado da construção de juízos relevantes sobre o social na saúde. Não só o comportamento empírico de variáveis: a visibilidade do social depende de construções conceituais que falem deste plano de determinação na saúde e da doença por meio da construção de compartilhamentos de juízos não restritos ao mensurável; não apenas a demonstração lógica e empírica como fonte de autoridade do conhecimento: mas a escolha política, fruto do debate livre e consciente do seu conteúdo intrinsecamente normativo, como base da legítima aceitação das teorias sociais em saúde.

...Trinta anos depois

Tentar recuperar todas as mudanças contextuais mais amplas do cenário social e político e aquelas mais específicas do campo da Saúde Coletiva e da Epidemiologia, do período em que foi realizada a palestra de Donnangelo até os dias atuais, seria uma tarefa hercúlea e, até onde posso entender, pouco produtiva. Apesar de ser um período relativamente breve do ponto de vista histórico, estes últimos 30 anos foram de muitas transformações. Basta lembrar a redemocratização do País, a Constituinte, a criação do SUS, o crescimento dos movimentos de ação identitária, a chegada dos partidos de esquerda ao Governo Federal, a municipalização da saúde, a eleição de um ex-operário para a Presidência do País, a Estratégia de Saúde da Família, a primeira mulher presidente, a epidemia de HIV/Aids, tudo isso em meio a um turbilhão de acontecimentos mundiais que modificaram rapidamente o cenário das práticas de saúde. Mesmo no campo mais estritamente acadêmico, Cecília Donnangelo nem chegou a testemunhar o expressivo crescimento institucional do campo da Saúde Coletiva. Não chegou sequer a participar do primeiro Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva organizado pela ABRASCO em 1986, que chegou em 2012 à sua décima edição, sem contar os importantes Congressos organizados em áreas específicas, como Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas e Política, Planejamento e Gestão. Também seria difícil dar conta dos impactos de seu próprio trabalho para a conformação do campo da Saúde Coletiva, de resto já explorados em diversos outros textos (Mendes-Gonçalves, 1992; Mota et al., 2004; Nunes, 2008, Schraiber, 2011).

Nos limites deste capítulo, sem perder de vista aquelas mudanças mais gerais, opto por partir de um ângulo muito peculiar. Vou buscar em aspectos da “história efetual” (Gadamer, 2004) da obra de Donnangelo sobre a própria “Escola” que criou no Departamento de Medicina Preventiva da USP (Mendes-Gonçalves, 2002) o modo como aí evoluiu esse debate em torno à Epidemiologia. Esta é apenas uma entre as possíveis formas de refletir sobre as questões levantadas por Donnangelo à luz da atualidade. Não é certamente a melhor. O ideal seria cotejar suas proposições com o amplo espectro de proposições práticas e teórico-metodológi-

cas no qual se reconfiguraram os diversos projetos político-científicos da Epidemiologia Social contemporânea, dentro e fora do contexto da Saúde Coletiva brasileira (Barata et al., 2011). Não haveria, contudo, fôlego e competência para realizar aqui essa tarefa – que seria um interessante programa de investigação, mas trabalho para uma equipe multidisciplinar e, de preferência, internacional! Ao deliberadamente limitar a análise a esse horizonte mais estreito, de onde me sinto mais capacitado para um trabalho metacrítico, busco apenas identificar nos efeitos “proximais” do pensamento de Donnangelo as potências que ali se atualizaram.

O trabalho de Donnangelo, e não apenas o dela, mas também de outros expoentes da Medicina Social, como Juan César Garcia, Guilherme Rodrigues da Silva, Sérgio Arouca, Jayme Breilh, entre outros, teve, claro, repercussões sobre a produção epidemiológica do Departamento nos anos 1970 e 1980, com impactos não apenas sobre os temas de investigação, os métodos adotados, mas, especialmente, os quadros interpretativos orientadores dos estudos – nos quais aspectos como nutrição, Doença de Chagas, puericultura, foram analisados em sua relação com os processos de transformação capitalista das sociedades modernas, de modo geral, e do Brasil em particular. Mas foi em outra direção – talvez não esperada, mas absolutamente coerente com as contribuições de Donnangelo – aquela na qual se desdobraram os movimentos reconstrutivos de raiz filosófica a que ela remete nas conclusões de sua aula. Isso aconteceu no âmbito do desenvolvimento de uma Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, na qual a Epidemiologia e suas relações com o social passaram a ser problematizadas menos como uma questão de método para a investigação epidemiológica em si do que como uma questão de interesse emancipatório para o campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva de forma mais geral.

Nesse sentido, impossível não remeter ao trabalho de seu aluno e mais próximo colaborador intelectual, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1946-1996), cuja produção é um dos mais expressivos testemunhos – constructo e construtor – dos efeitos da obra de Donnangelo no campo da Saúde Coletiva. O trabalho que melhor marca a ativa e criativa recepção por Ricardo Bruno dos influxos teóricos e político-científicos de Donnangelo sobre o tema é um texto redigido também em 1982, publicado pela primeira vez em 1985 e reeditado em 1990, no qual trata das relações en-

tre a Epidemiologia e a prática médica (Mendes-Gonçalves, 1990). O que chama a atenção nesse texto é o fato de Ricardo ter assumido em sua radicalidade a consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde, com uma compreensão da Epidemiologia que transpassava a leitura formal-epistemológica por uma interpretação histórico-crítica da disciplina. Em outras palavras, Donnangelo foi pioneira no pensar o social na saúde não apenas como sociologia das profissões de saúde, das instituições, ou mesmo do adoecimento, mas por inaugurar uma sociologia debruçada sobre a consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde (Nunes, 2008). Abriu, assim, caminho para o estudo da *gênese histórica das tecnologias da saúde* com base em uma ontologia social de lavra marxista. Nesta trilha, Ricardo Bruno propôs-se pensar a Epidemiologia como ciência consubstancial ao desenvolvimento das tecnologias de saúde.

Neste emblemático ensaio de 1982, Ricardo Bruno demonstra as mútuas relações de dependência entre os saberes de natureza clínica e epidemiológica, compreendidos como expressões polares, dialeticamente articuladas, do potente e vertiginoso desenvolvimento científico que tem lugar sob a égide de uma normatividade social que ampara fortemente nas tecnologias médicas (coletivas e individuais) as transformações capitalistas das sociedades modernas. Nesse processo, identifica a Epidemiologia Social (e também a Epidemiologia clássica) como uma aposta emancipatória que é historicamente tributária dessa expansão da normatividade médica na direção do social, que, contraditoriamente, tem suas promessas emancipadoras interdidas pelo sentido normativo que concretamente assumiram nas práticas sociais ao longo da história contemporânea. Dito de outra forma, o capitalismo tornou possível surgir a Epidemiologia como ciência, mas, no âmbito das práticas de saúde sob o capitalismo, a radicalidade do projeto epistemológico da Epidemiologia Social só se realizara, até então, como ideologia científica, no sentido (polêmico) atribuído ao termo por Georges Canguilhem (1977). Por isso, afirma:

“O que se quer dizer é que uma reflexão política e ideológica sobre a prática instrumentalizada pela Epidemiologia, sobre suas articulações no conjunto estruturado de práticas... impõe-se como um passo prévio, que deve reconhecer como

essas características sociais da prática se encontram sistematizadas e organizadas no saber, se reproduzem historicamente nele. O que encaminha não para uma “ruptura epistemológica” – mera consequência – mas para uma ruptura com os compromissos sociais assumidos à época do nascimento da Clínica, renovados e atualizados depois”

(Mendes-Gonçalves, 1990, p. 84)

Essa construção argumentativa, de certa forma, concretiza a posição expressa por Donnangelo em sua aula, mas aponta para um programa político-científico menos centrado na exploração das possibilidades de validação do conhecimento do que na identificação e reflexão crítica sobre as relações entre as práticas de saúde e a construção do conhecimento. Ricardo deu continuidade a esta direção de pesquisas quando se propôs a estudar com seus colaboradores, de um lado a organização tecnológica do trabalho em saúde e seus saberes, tal como operada na rede estadual de Centros de Saúde na cidade de São Paulo (Mendes-Gonçalves, 1986) e, de outro a experimentação de novas conformações práticas e articulação de saberes no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Schraiber, 1993).

Diversos de seus alunos e orientandos, dentro e fora do Departamento de Medicina Preventiva, entre os quais me incluo, deram continuidade a investigações sobre a Epidemiologia nessa perspectiva histórico-crítica (ou crítica histórico-epistemológica), tomando-a para exame na sua relação com as tecnologias da saúde. Com especificidades que não interessa aqui comentar, todos seguiram, em linhas gerais, a mesma tendência a abandonar uma proposta reconstrutiva “interna” à disciplina, sem, contudo, abandonar a questão da relação entre o social, o conhecimento e as práticas de atenção à saúde (Ayres et. al., 2006).

Penso também ser possível afirmar que este não foi um fenômeno restrito ao círculo mais imediato de influência de Donnangelo. Continuou havendo, na USP e nos demais centros de investigação, desenvolvimentos metodológicos, reflexões críticas, investigações empíricas interessadas nos determinantes sociais dos processos de saúde-doença, mas estes movimentos dificilmente poderiam ser agrupados, a partir da segunda metade dos anos 1990, sob um mesmo projeto político-científico *para a Epidemiologia*.

Esta tendência me parece eloquentemente expressa na progressiva mudança do sentido retórico da denominação Epidemiologia Social. Não apenas na Medicina Preventiva da USP, mas também no ISC, UERJ, ENSP, UNICAMP, esta denominação passou a dividir espaço com outras, como Epidemiologia Crítica, Teoria Crítica da Epidemiologia, Etnoepidemiologia ou, simplesmente, Epidemiologia. Menos do que um projeto político-científico, a incidência da denominação no discurso da Saúde Coletiva passou a referir-se muito mais à descrição de um conjunto de investigações interessadas em aspectos sociais mais imediatamente implicados nos seus modelos explicativos (Barata et al., 2011). Tal distinção alcança o plano metodológico e, em alguns casos, o teórico, mas não as aspirações epistemológicas e filosóficas das formulações originais. Curiosamente, o termo Epidemiologia Social parece hoje retoricamente mais vigoroso fora do campo da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana do que dentro dele, tendo sido recentemente revitalizado nos países de fala inglesa, especialmente graças aos trabalhos de Nancy Krieger, Michel Oakes, Jay Kaufman, Julie Cwikel, entre outros. Talvez essa denominação esteja desempenhando atualmente no contexto da Epidemiologia da América do Norte um papel análogo ao que desempenhou entre nós nos anos 1970 e 80.

Não se trata, portanto, de abandono das preocupações com o social na Epidemiologia, mas de uma inequívoca mudança de ênfase e estratégia do projeto político original. E o que significa esta mudança? Cooptação por vetores “tecnocconservadores” (Ayres, 2002) ao longo do processo de institucionalização do campo da Saúde Coletiva? “Esgotamento das energias utópicas” (Habermas, 1987) da aposta emancipatória na conscientização e transformação solidária do compartilhamento da vida?

Penso que a tradição de pensamento a que nos remete a aula de Donnangelo torna necessário que levemos a sério essas questões. Elas não são expressão de pessimismo vazio ou catastrofista. Elas se referem a ameaças que se constituíram efetivamente como “possíveis históricos”, e eles continuam nos desafiando ética e politicamente. Diante das contradições de um modo de vida em sociedade que promete igualdade discriminando e oprimindo, que defende a liberdade controlando e disciplinando e que conclama à solidariedade promovendo a competição e o culto ao si mesmo, é fundamental levantar contra valores abstratamente defendidos a

atenção crítica sobre as implicações práticas e compromissos políticos de nosso conhecimento e ação. O que podemos e queremos realizar no horizonte das possibilidades abertas em meio a essas contradições?

No sentido realista da adesão a utopias historicamente sustentadas, penso que o saldo na tarefa política de *construir discursos suficientemente confiáveis sobre a dimensão propriamente social dos fenômenos de saúde-doença* foi mais positivo que negativo nos últimos 30 anos. Vejamos porque penso assim.

Donnangelo deixou claro em suas lições que não faria sentido responder ao desafio desta construção produzindo uma Epidemiologia Social que se contrapusesse, como aperfeiçoamento ou substituição, ao que chamava de Epidemiologia clássica. Expôs com clareza que o mais importante era perceber em qual plano de apreensão da realidade e que tipo de explicação cada uma delas poderia produzir. E é visível que a Epidemiologia, tal como hegemonicamente desenvolvida ao longo do século XX, aprimorou muito a consciência de sua identidade científica desde os anos 1980 e tem sabido explorar as potencialidades metodológicas e epistemológicas desta identidade, inclusive na direção dos fenômenos relativos à saúde (Almeida Filho, 2000). De outro lado, há evidências de uma relação positiva entre suas contribuições e o desenvolvimento de políticas públicas de grande relevância e impacto sobre as condições de saúde da população (Barata, 2013).

Mas, e quanto ao projeto de construção de um saber apropriado à apreensão da determinação social dos processos saúde-doença em conceitos, métodos e evidências empíricas não reduzidas a atributos e comportamentos individuais? Também aqui, apesar do relativo esvaziamento deste projeto *qua* Epidemiologia Social, parece haver razões para otimismo também. Houve progressos, embora não exatamente na direção vislumbrada nos anos 1980: o social está mais presente hoje no conhecimento em saúde, mas tem entrado aí por outra rota. Sem serem as únicas, evidentemente, duas novidades que se fortalecem no campo da Saúde Coletiva ao longo dos anos 1990 parecem-me ter impactado mais fortemente as possibilidades de diálogo do conhecimento em saúde com o social: a *Antropologia* (pós-estruturalista) e a *Hermenêutica* (nas feições contemporâneas que lhe deram Gadamer, Habermas, Ricoeur, entre outros).

Essa diferença de rota dificilmente poderia ter sido vislumbrada por Donnangelo, e em certa medida também pelo Ricardo Bruno de 1982, por duas razões. Em primeiro lugar, é fundamentalmente a partir da Sociologia e da Filosofia Política que ambos pensavam a entrada do social na Epidemiologia. Em segundo lugar, ambos, naquele momento, orientavam-se por um referencial teórico marxista que, apesar de adotado em uma perspectiva não ortodoxa e em diálogo com quadros não marxistas, como a epistemologia histórica francesa, ainda estava bastante arraigado ao chamado “paradigma da consciência” (Habermas, 2012) na sua concepção de racionalidade, e ao estruturalismo – mesmo quando compreendido como “estruturalismo genético” (Goldman, 1984) – como caminho metodológico para a apreensão do social.

Se Donnangelo não via, nas teorias sociológicas de então, nenhuma novidade teórica significativa depois de Durkheim, Weber e Marx, da *Antropologia* estariam para chegar ventos verdadeiramente transformadores. Especialmente porque a Antropologia que começa a chegar à Saúde Coletiva nos anos 1990 e 2000, pós-estruturalista, crítica e supera uma série de dogmas que atrelavam não apenas a investigação antropológica tradicional, mas a investigação das ciências sociais de modo geral, a estereis tensões entre universalidade e singularidade, alteridade e identidade, estrutura e subjetividade. A tendência a se atribuir ao primeiro elemento das dicotomias o valor de verdade e ao seu polar oposto o estatuto de obstáculo na objetivação dos fenômenos tornava-se uma barreira quase intransponível para o projeto de apreender a dimensão social do adoecimento. Entrando na saúde por meio dos estudos sobre gênero, sexualidade, raça, religião, entre outros, as experiências vividas, compartilhadas e significadas por grupos de pessoas em determinado contexto cultural, do qual o pesquisador participava ativamente como intérprete, permitiram acessar a gênese social do adoecimento e suas implicações práticas como realidade objetivável a partir dos indivíduos, mas sem se referir a atributos individuais em sua substância.

Essas renovadas formas de conhecer o social tiveram um efeito estimulante sobre a produção de interface entre as ciências sociais e humanas e a Saúde Coletiva brasileira (Minayo, 2013). Mas tão importante quanto a diversidade de objetos e o volume dessa produção é o fato de

que esse movimento chamou a atenção para a fecundidade da chamada *pesquisa qualitativa*, reabilitando a dignidade epistemológica dos procedimentos compreensivo-interpretativos, presentes também na Sociologia, mas de certo modo eclipsados na Epidemiologia Social pela tentativa de operacionalizar em variáveis quantificáveis o estruturalismo marxista. Essa “onda antropológica”, na perspectiva em que estamos discutindo, teve como efeito produzir novos estímulos sobre a própria Epidemiologia (Almeida Filho, 2000; Trostle, 2013; Haro, 2011), mas deixou claro também que a busca do social nos processos saúde-doença havia encontrado novos e produtivos caminhos a serem percorridos fora da Epidemiologia.

A segunda grande novidade, indissociável da anterior e relacionada ao giro linguístico-pragmático da filosofia contemporânea, é a valorização da perspectiva *hermenêutica* no campo da Saúde Coletiva.

Seja aquela derivada da tradição fenomenológica (Gadamer), seja a desenvolvida desde a tradição dialética da Teoria Crítica (Habermas), ou ainda da crítica imanente ao estruturalismo (Ricoeur), as diversas abordagens hermenêuticas confluem em três recusas fundamentais: 1) à dicotomia sujeito-objeto; 2) à fundamentação acrítica da verdade do conhecimento na sua positividade empírico-analítica e; 3) à concepção de razão como atributo *a priori* de um sujeito epistêmico universal. Em contraposição, a hermenêutica assume que a razão é um constructo, em contínuo devir na experiência vivida do sentido comum da existência, em um mundo que se conforma e compartilha por meio da linguagem. Nesta perspectiva, a objetividade é sempre entendida como compreensão-interpretação-explicação intersubjetivamente validada a partir da experiência do comum, em suas diversas expressões e pretensões (Grondin, 2012). Por isso mesmo, serão diversas as experiências de compartilhamento objetivo produzido pelas ciências, reclamando critérios e estratégias também diversos para juízos de verdade em cada situação de prática e segundo os específicos interesses em jogo.

Já explorei em outro trabalho as implicações desta “viragem hermenêutica” para o pensar, o conhecer e o agir em saúde (Ayres, 2008). Neste espaço, quero apenas acentuar quanto as reconfigurações acima destacadas dialogam com a problemática trabalhada por Donnangelo, renovando-a. Donnangelo indicava que o conhecimento dos fenômenos

sociais reclama outros critérios de validação que não os da reprodutibilidade e demonstração empírico-analítica, defendendo que a decisão sobre a verdade das compreensões trazidas pelos diversos quadros sociológicos tinha que ter sua verdade aceita ou recusada não pela conformidade dos achados dos estudos a um determinado conjunto de regularidades, mas por sua capacidade (ou não) de produzir uma leitura iluminadora das situações de prática que desafiam nossa presença e ação no mundo. Ora, não é exatamente nesta direção que o giro hermenêutico traz sólida fundamentação e renovadas aberturas de horizontes?

Para os próximos 30 anos... (ou menos, ou mais)

Para concluir, voltemos à imagem dialógica da qual partimos. Experimentamos aqui um diálogo virtual entre Cecília Donnangelo e a comunidade de pesquisadores e profissionais que somos hoje – a Saúde Coletiva, ou ao menos parte dela. Comunidade mediada por 30 anos de experiências e contribuições que nos distanciam das reflexões aqui discutidas e dos quais somos inescapavelmente os herdeiros e responsáveis, na medida em que o futuro que construímos redefine continuamente o significado de nossas heranças culturais. O indubitável valor daquelas “lições” transparece na capacidade de nos fazer pensar em questões que até hoje são norteadoras do modo como compreendemos nossas conquistas, tarefas e desafios como campo de saberes e práticas, ainda que divergindo em nossas interpretações.

O modo como as contribuições de Donnangelo instigam ética, política e academicamente cada um de nós variará, claro, em função de nossas interpretações. O campo não morreu, ao contrário, está expansivo e criativo, como acabamos de ver. Portanto, o debate está em pleno curso. Por isso, não é senão como partícipe desse debate que me sinto estimulado a finalizar este ensaio apontando dois desdobramentos que me parecem nucleares no diálogo atual com a aula de Donnangelo.

Em primeiro lugar me parece claro que continua sendo uma marca definidora do campo da Saúde Coletiva uma relação política, mediada técnica e cientificamente, com a compreensão da dimensão social dos processos

saúde-doença. Mas é também evidente que este compromisso se dispersou por um conjunto mais de saberes e disciplinas para além da Epidemiologia, incluindo outras frentes, sujeitos e estratégias. Para onde caminhamos nesse processo? Para a autonomização de diferentes campos? De que modo podemos construir uma práxis tecnocientífica e uma estruturação institucional capaz de manter a coesão política da Saúde Coletiva e, portanto, a presença desse campo como força expressiva no espaço público?

Em segundo lugar, parece também seguro assumir que as possibilidades de reconstrução da práxis científica abertas na perspectiva hermenêutica mostram-se fundamentais no projeto político-científico da Saúde Coletiva. Mas estamos realmente dispostos a aceitá-las e capazes de operá-las de modo efetivo na Saúde Coletiva? Nossos dispositivos de formação de quadros, de apoio à pesquisa e de difusão de conhecimento estão preparados para essa mudança paradigmática?

Diante desse desafio, como convite e inspiração, encerro com as palavras do mais importante teórico da hermenêutica: “a certeza proporcionada pelo uso dos métodos científicos não é suficiente para garantir a verdade. Isso vale sobretudo para as ciências do espírito, mas de modo algum significa uma diminuição de sua cientificidade. Significa, antes, a legitimação da pretensão de um significado humano especial, que elas vêm reivindicando desde antigamente. O fato de que o ser próprio daquele que conhece também entre em jogo no ato de conhecer marca certamente o limite do “método”, mas não da ciência. O que o instrumental do “método” não consegue alcançar deve e pode realmente ser alcançado por uma disciplina do perguntar e do investigar que garanta a verdade” (Gadamer, 2004, p. 631).

Referências

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000. 255 p.

AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002. 231 p.

AYRES, J. R. C. M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. **Salud Colectiva**, v. 4, n. 2, p. 159-172, 2008.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 328 p.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 375-417.

BARATA, R.B. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.1, p. 13-17, 2013.

BARATA, R. B.; ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Epidemiologia social. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 375-285.

CANGUILHEM, G. O que é uma ideologia científica? In: _____. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1977, p. 31-42.

COSTA, N. C. A. **O conhecimento científico**. São Paulo: Discurso Editorial, 1997. 278p.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 6.ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco, 2004. 631 p.

GOLDMAN, L. **Epistemologia e filosofia política**. Lisboa: Editorial Presença, 1984, 210 p.

GRONDIN, J. **Hermenêutica**. São Paulo: Parábola Editorial, 2012. 150 p.

HABERMAS, J. A nova intransparência. **Novos Estudos**, v.18, p.103-114, 1987.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo I: racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: Martins Fontes, 2012. 704 p.

HARO, J. A. (Org.). **Epidemiología sociocultural: um diálogo em torno a su sentido, métodos y alcances**. Buenos Aires: Lugar Editorial; El Colégio de Sonora, 2011. 392p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Cecília Donnangelo hoje. **Saúde e Sociedade**, v.1, 1, n.1, p. 3-5, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J.R.C.M. **Epidemiologia e emancipação**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002. p. 13-20.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a proósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, D. C. (Org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1990. p. 39-86.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. 1986. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, São Paulo. 1986.

MINAYO, M. C. S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a Saúde Coletiva. **Saúde e Sociedade**., v.22, n.1, p. 21-31, 2013.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; SILVA, J. A. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Panamericana da Saúde, 2004. 59 p.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**., v.13, n.3, p. 909-916, 2008.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 243 p.

SCHRAIBER, L.B. Prefácio. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2.ed.. São Paulo: Hucitec, 2011. p.11-20.

TROSTLE, J. A. **Epidemiologia e cultura**. R iode Janeiro:F iocruz,2013.256p .

Marxismo, trabalho e classes sociais: epidemiologia crítica como instrumento da saúde coletiva

Cassia Baldini Soares¹

Carla Andrea Trapé²

Tatiana Yonekura³

Celia Maria Sivalli Campos⁴

Introdução

A epidemiologia social é uma denominação reconhecida na literatura científica a partir de 1950. Desenvolvida sob o arcabouço da medicina social (KRIEGER, 2001), articula conhecimentos que ajudam a interpretar o processo saúde-doença nas suas dimensões social e biológica (PEREIRA, 2005).

A medicina social foi institucionalizada como disciplina em 1881, na Europa, em Munique e nos anos 1900 em universidades dos EUA (em 1913 na Harvard e em 1916 na Johns Hopkins) (NUNES, 2005). Na Grã-Bretanha o nascimento da medicina social como disciplina acadêmica data de 1940, no período entre guerras, como parte de agenda política humanista, em que a dimensão ética da ciência foi colocada em evidência (PORTER, 2011). De acordo com Montagner (2008), apesar de algumas variações entre países, os autores indicam o período após a II Guerra Mundial como o momento de expressiva retomada tanto das Ciências Sociais quanto da sociologia médica no continente europeu.

1 Cassia Baldini Soares (cassiaso@usp.br) é Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

2 Carla Andrea Trapé (carlatrape@yahoo.com.br) é Enfermeira da Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista, São Paulo/SP.

3 Tatiana Yonekura (tatyonekura@gmail.com) é Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

4 Celia Maria Sivalli Campos (celiasiv@usp.br) é Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

O debate político pós-revolução soviética insuflou essa perspectiva, agregando questões sobre o acesso dos trabalhadores a serviços de saúde. Também os efeitos da crise econômica de 1930 ajudaram a colocar o debate como demanda de cidadania. Esse foi o contexto da instituição do sistema nacional de saúde britânico, que colocou saúde como direito do cidadão, com acesso universal e público (PORTER, 2011).

O movimento internacional em torno da medicina social no entreguerras tinha como finalidade construir um novo papel social para a medicina, no contexto dos desafios criados pelo desenvolvimento social e econômico do séc. XX. A interdisciplinaridade com as Ciências Sociais proveria à medicina teorias necessárias para compreender as causas sociais da saúde-doença (PORTER, 2011).

No entanto, as raízes que inspiraram a constituição da medicina social foram muito anteriores. A filosofia social que toma saúde como direito, estabelecida na Revolução Francesa, produziu um conjunto considerável de reformas radicais dos modelos de saúde do séc. XIX. Em 1848, na França com Guérin e na Alemanha com Virchow e Neumann, falou-se em saúde como atributo de liberdades democráticas, de educação universal e de diminuição das desigualdades sociais e econômicas (PORTER, 2011). Para Nunes (2005), a própria expressão medicina social foi cunhada nessa época por Guérin, em artigo publicado em jornal francês.

A relação entre o social e a doença é historicamente reconhecida como questão universal (NUNES, 1992). De acordo com Krieger (2001), essa associação tem base na evidenciada relação entre as condições de saúde da população e os padrões de distribuição dos bens sociais.

A epidemiologia social da América Latina é pouco conhecida ou reconhecida nos países de língua inglesa (WAITZKIN et al., 2001). Tomando por referência o trabalho de Franco et al. (1991) esses autores relembra-ram que diversas escolas com diferentes encaminhamentos teórico-metodológicos se formaram em torno do desenvolvimento da medicina social latino-americana, que não se constituiu em movimento homogêneo.

Waitzkin et al. (2001) analisaram, ainda, que as vertentes que se formaram em torno da medicina social latino-americana estavam alicerçadas no Marxismo e todas pareciam concordar com a importância da teoria social e com a crítica de que a perspectiva teórico-biológica reduzia a unida-

de de análise ao indivíduo e obscurecia as causas sociais dos problemas de saúde, questão remetida aos trabalhos de Laurell (1989) e Breilh (1991a).

Tal perspectiva reagia à forte influência da medicina social dos Estados Unidos, constituída pela vertente funcionalista das ciências sociais na saúde, que se institucionalizou na América Latina nos departamentos de medicina preventiva e/ou comunitária (NUNES, 1992). O modelo comportamental de prevenção com enfoque em estilos de vida tornou-se, na segunda metade do século XX, o modelo eleito pela medicina social anglo-americana. A explicação estrutural era desafiada pela alegação de que estilos de vida, envolvendo comportamentos pouco ou não saudáveis, constituíam os fatores de riscos para essas doenças (PORTER, 2006).

Na América Latina a influência da medicina social europeia foi introduzida inicialmente na Universidade do Chile, em disciplina ministrada por um aluno de Virchow. A perspectiva marxista adotada por Allende, que foi estudante naquela faculdade, quando foi presidente do Chile, influenciou o desenvolvimento da medicina social na América Latina (WAITZKIN et al., 2001; PORTER, 2006).

Assim, no pós-segunda guerra a medicina social latino-americana foi se diferenciando cada vez mais da saúde pública, propondo transformações políticas e sociais profundas. O conceito de medicina revolucionária proposto por Che Guevara demandava que na formação dos profissionais de saúde houvesse a compreensão das origens sociais dos problemas de saúde e das necessidades de mudanças sociais profundas, para o aperfeiçoamento das condições de saúde. Essa perspectiva influenciou a reforma dos sistemas educacionais e de saúde dos governos revolucionários de Cuba, Chile e Nicarágua (PORTER, 2006).

Juan César Garcia, que estudou medicina na Argentina e sociologia no Chile, tornou-se coordenador de pesquisas na Organização Pan-Americana da Saúde a partir de 1966. No final dos anos 1970 e início dos 80, ele organizou seminários, levantou e distribuiu subsídios para pesquisas, contratos e bolsas de estudo e publicou textos de medicina social (PORTER, 2006).

Em 1984, quando morreu Garcia, foi criada a Associação Americana de Medicina Social Latina (ALAMES), que se tornou presença acadêmica e política emblemática em todos os países da América Latina e deu continuidade aos principais debates teórico-metodológicos das ciências

sociais marxistas, que exploraram os determinantes sociais da doença, tais como a desigualdade econômica (PORTER, 2006).

Para Waitzkin et al. (2001), o debate em torno do Marxismo como base teórica encontra-se principalmente alocado na discussão sobre o sujeito de análise, a classe social, conforme definida pelas relações de produção, o que influencia a escolha dos objetos de investigação. Esse é o caso do trabalho de Laurell (1991), que incidiu sobre o processo de trabalho. O debate marxista também se encontra concentrado na discussão sobre reprodução social e as instituições sociais que estão a ela relacionadas, como a família, e nesse aspecto os autores exemplificaram com as referências de Breilh (1989, 1993).

O último aspecto de interesse a partir da perspectiva marxista é a discussão da ideologia, que diz respeito às ideias particulares dos grupos sociais. Nesse aspecto Waitzkin, et al. (2001) destacaram a perspectiva de Althusser, adotada por Grimberg (1992), e a proposta de desmistificação da ideologia dominante tomada como tarefa teórica e política, exemplificada com os trabalhos de Breilh e Granda (1986, 1989).

A medicina social se diversificou na crítica à potência do Marxismo para explicar o processo saúde doença. Interessa-nos neste espaço discutir a vertente advogada por Cecília Donnangelo, a atualidade das concepções que defende e alguns desdobramentos realizados nessa direção por pesquisadores da saúde coletiva brasileira, que compartilham em grande medida a perspectiva teórico-metodológica por ela adotada.

Dessa forma, na esperança de debater didaticamente os ensinamentos de Donnangelo e sua adequação para ler a realidade social em saúde na atualidade, estruturou-se este capítulo em dois tópicos, que tratam da epidemiologia clássica (tradicional) e crítica (social) e das principais categorias envolvidas na construção da epidemiologia social de cunho marxista – trabalho, classe social e reprodução social – e desdobramentos atuais.

Epidemiologia crítica e epidemiologia clássica sem confrontações: duas diferentes formas de trabalhar a realidade, dois diferentes objetos

Neste trabalho optamos por utilizar a denominação epidemiologia crítica no lugar de social, uma vez que o termo parece-nos reter melhor os

significados que remetem à origem marxista de suas primeiras configurações na América Latina. De acordo com Granda (1992), epidemiologia crítica é um termo cunhado na América Latina para designar uma nova forma de produzir conhecimento sobre as relações entre trabalho, vida e saúde, que vai se constituindo com o campo da saúde coletiva.

Internacionalmente a epidemiologia não hegemônica é conhecida como epidemiologia social e comporta várias vertentes (KRIEGER, 2001).

A vertente marxista, identificada como uma das tendências que a compõem e que fundamentam as investigações em epidemiologia social contemporaneamente, é denominada por Krieger (2001) de produção social da doença e economia política da saúde. Ao lado dessa tendência estão a teoria psicossocial e a ecossocial, que é adotada pela autora, para quem as diferenças entre as três vertentes residem em: *ênfases a diferentes aspectos das condições sociais e biológicas em modelar a saúde da população; como integram explicações sociais e biológicas e por conseguinte nas suas recomendações para ação* (p.669).

Para localizar historicamente o contexto da obra de Donnangelo – particularmente as questões trazidas pela aula em apreciação nesta publicação, e sem a pretensão de esgotar a análise dos trabalhos sobre o tema da epidemiologia – destacamos especialmente duas coletâneas, pertinentes porque dizem respeito a questões fundamentais que a professora abordou na aula e porque marcaram momento de profusa discussão da saúde coletiva brasileira em relação à epidemiologia, adquirindo dessa forma simbologia especial na definição de rumos deste campo de conhecimentos e práticas.

Na primeira coletânea, nos Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, de 1990, encontra-se o texto de Guilherme Rodrigues da Silva (SILVA, 1990). Ao situar as perspectivas da epidemiologia no Brasil, o professor tomou a epidemiologia social e crítica como sinônimas, avaliando tratar-se de proposta contra-hegemônica nascente e pouco articulada. O texto mostrava os pontos centrais dos trabalhos de analistas e defensores mais fecundos e radicais dessa proposta, ressaltando a necessidade de superação das bases epistemológicas da epidemiologia hegemônica. Ao discutir os rumos da epidemiologia, a partir de encontro realizado no ano anterior pela ABRASCO, defendeu a necessidade de estímulo ao desen-

volvimento da perspectiva crítica, por meio principalmente das temáticas da relação saúde-trabalho e a das desigualdades sociais.

Nesse momento do primeiro congresso, Asa Cristina Laurell (México) e Jaime Breilh (Equador) estavam presentes para falar exatamente dessas temáticas. Laurell (1990) mais voltada às estratégias de investigação sobre saúde-trabalho, conceituando carga de trabalho e desgaste. Breilh (1990b), que preferia utilizar a expressão epidemiologia crítica, encontrava-se mais voltado ao estudo das desigualdades provenientes dos processos de urbanização na América Latina, mostrando que, com padrões de trabalho e vida próprios de inserções particulares na esfera produtiva, as classes sociais e sua diversidade de formas de ocupação do espaço urbano apresentavam diferentes *processos destrutivos (desdestructivos)*, mas também diferentes processos *saudáveis (saludables)*.

Ainda nesse momento, Victora et al. (1990), autores de Pelotas, apresentaram modelo teórico sobre o processo de determinação social do processo saúde-doença, como base para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos. As *vantagens e desvantagens* do uso da inserção de classe na epidemiologia foram debatidas e sua capacidade *explicativa* enfatizada. A ênfase nos estudos epidemiológicos da *dimensão econômica* da classe social era verificada, em detrimento *das dimensões ideológicas e jurídico-políticas*. Discutiam-se ainda entre as limitações: 1) as necessidades de adaptação local de qualquer *esquema de operacionalização*, já que a formação social coloca os trabalhadores em diferentes situações de inserção na produção (subproletariado, proletariado típico etc.), a depender das características de produção locais; 2) a complexidade da verificação, muitas vezes, caso a caso do pertencimento de classe; e 3) a análise estatística, dados os tamanhos desiguais das classes e das frações de classe.

Possas (1990) tematizou a interdisciplinaridade da ciência epidemiológica. A corrente do Materialismo Histórico e Dialético foi apresentada como referencial que compartilha a crítica de que na multifatorialidade o *social é esvaziado de força explicativa*. A autora chamou pelo trabalho de Donnangelo, no aspecto que explicitava as *determinações que fazem com que o corpo anatomofisiológico apareça como um corpo investido socialmente*. O texto apresenta uma citação literal, que reproduzimos

a seguir, por meio da qual a autora desmancha a concepção de um corpo estritamente biológico para tomá-lo como corpo social, que produz:

o corpo é disposto na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, o que remete à ideia de que ele adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos socialmente necessários, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se. Do fato de que o trabalho ocupe posição fundamental na forma pela qual cada sociedade determina o sentido e o lugar social dos indivíduos que a compõem, decorre o segundo aspecto a ser assinalado: o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos não têm significatividade igual, ao contrário se dimensionam e adquirem significados particulares, quer no plano das representações, quer no nível da forma pela qual são incorporados à estrutura da produção social (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p.25-26).

A discussão apresentada por Possas (1990) retomou diversos trabalhos de Laurell e também de Breilh, mostrando criticamente seus esforços para estabelecer nexos entre o social e o biológico. A classe social é nessa construção concebida como categoria social fundamental para o conceito de determinação social do processo saúde-doença. A autora defendeu que a epidemiologia social fosse portadora de *referencial teórico capaz de agregar as determinações identificadas como relevantes, em seus distintos níveis de generalidade, em uma única concepção* teórica articulada (POSSAS, 1990).

Uma concepção integradora da causalidade consistiria em referencial para articular as formas de inserção socioeconômica de trabalho e de vida dos grupos sociais, relevantes para explicar a distribuição dos problemas de saúde. Também seria necessário mostrar a existência de instrumental próprio capaz de analisar as combinações entre condições de trabalho, de vida e problemas de saúde, que configuram um dado *perfil epidemiológico*. A autora, reportando-se a trabalho anterior de sua autoria (POSSAS, 1989), propôs a construção de *perfil epidemiológico da po-*

pulação e não das classes sociais, cuja captação concreta não acredita poder ser operacionalizada. Conceitua *perfil epidemiológico da população* como expressão da forma como condições de risco de morbimortalidade, ligados a trabalho, vida e estilos de vida, incidem numa dada população.

Mendes-Gonçalves (1990), integrante da vertente que Cecília Donnangelo ajudou a construir e que investigou o *processo de trabalho em medicina* (SCHRAIBER, 1997), conceituava epidemiologia como *a busca da máxima adequação do pensamento àquele objeto real que, abstratamente pode ser conceituado como “doentes em populações”, e menos abstratamente, como a dinâmica – gênese e porvir – dos processos saúde-doença em populações concretas, com todas as características históricas e sociais que as especificam (p.356). A teoria epidemiológica pretende ser práxis emancipadora, por conduzir a possibilidades de exploração técnica e aplicação eficaz que reencontrem as necessidades radicais dos sujeitos históricos efetivamente engajados na emancipação do homem (p. 357).*

O autor avançou, ainda mais, mostrando evidência nas ciências sociais de que se podia conceber o método como plural, ou seja, que era possível escolher os métodos de apreensão da realidade epidemiológica pelo que trazem de relevante para a exposição do objeto sob investigação (MENDES-GONÇALVES, 1990a).

Mendes-Gonçalves (1990b) também contribuiu com seus trabalhos na segunda coletânea, organizada por Dina Czeresnia Costa em 1990, prefaciada por Paulo C. Sabroza. O autor, desta vez, discutiu a relação entre clínica e epidemiologia, mostrando que o enfoque individual e biológico da clínica é tomado por base na epidemiologia que por isso é criticada, enquanto conjunto de instrumentos, ao utilizar o conceito operacional de risco para identificar grupos de risco e prescrever ações preventivas.

O movimento que instituiu a epidemiologia social se opôs à epidemiologia dos fatores causais, pela fragmentação que desconfigura a natureza social da saúde. A epidemiologia social buscou, na articulação com as ciências sociais, explicação para a produção do processo saúde-doença, na vertente do Materialismo Histórico e Dialético, pela potência para propor alternativas às interpretações da realidade de saúde-doença postas pela epidemiologia clássica. Dessa forma, categorias das ciências sociais marxistas foram acionadas para interpretar os fenômenos de saú-

de-doença, como a da *reprodução das classes sociais* (MENDES-GONÇALVES, 1990b).

O texto de Breilh (1990a) nessa coletânea apresentou a *categoria reprodução social*, considerando-a fundamental para concretizar as contradições do objeto *saúde-doença coletiva*, ou seja, considerada capaz de expor o perfil epidemiológico, categoria criada pelo autor, a partir da caracterização das formas de reprodução social características de cada classe social nos momentos da produção e do consumo.

Principais categorias envolvidas na construção da epidemiologia crítica – trabalho, classe social e reprodução social – e desdobramentos atuais

Como exposto anteriormente, as categorias das ciências sociais marxistas foram acionadas para interpretar os fenômenos de saúde-doença. Donnangelo afirmava que o objeto da epidemiologia social estava relacionado com conceitos *que a medicina tradicional não conseguiu colocar em uma camisa de força* e faz parte do campo das relações saúde/trabalho cujas manifestações são muito amplas. Portanto, nessa óptica de análise a categoria trabalho é central. Nessa perspectiva, a autora defendia a impossibilidade de negar a importância das investigações que vão avançando sobre a relação saúde/trabalho; inclusive para construir um perfil epidemiológico de classe.

Torna-se, portanto, imprescindível analisar a centralidade do trabalho na vida social e na sociologia contemporânea, o que remete a crítica à produção de teóricos que afirmam o fim da sociedade do trabalho.

Nessa direção, nos valem de Teixeira (2009), que argumentou contra os fundamentos centrais apresentados por diversos sociólogos sobre a inadequação da centralidade do trabalho apresentada por Marx, diante das novas exigências do presente. Entre eles estão André Gorz, Claus Offe e Jurgen Habermas.

Teixeira afirma que a principal tese de André Gorz fundamenta-se a partir da constatação da perda da materialidade do trabalho, o que implicaria reconsiderar sua centralidade e substituir a categoria trabalho por

outras mais centrais. Fundamenta-se ainda no fato de que, diante das exigências da modernidade, o trabalhador qualificado foi substituído pelo especializado, que não domina o processo de trabalho em sua totalidade e no grande aumento do setor de serviços, que impossibilita avaliação de desempenho individual, além da redução do tempo do trabalho e do declínio acentuado do assalariamento da força de trabalho, contexto que levaria a mudanças na conformação da classe trabalhadora, provocando a descentralização do conflito de classes (TEIXEIRA, 2009).

Para Teixeira (2009) esses argumentos de Gorz carecem de fundamentação empírica, pois a tendência que se observa em todo o mundo é de crescente intensificação do tempo de trabalho, mediante a eliminação dos tempos mortos e de utilização de mecanismos de controle das atividades dos trabalhadores. Ademais, afirma, conquistas como a da jornada de trabalho de 36 horas em alguns países europeus não são efetivadas, em função do enfraquecimento da regulação pública. Quanto à diminuição do assalariamento, apresenta estatísticas de países como França, Espanha, Japão e EUA em que a compra e venda da força de trabalho são ainda as formas principais de contratação.

Aspectos associados à perda da materialidade do trabalho em função do aumento do setor de serviços e da impossibilidade de se medir a produtividade dos trabalhadores fornecem a base também para os argumentos de Offe, que considera que os critérios da racionalidade capitalista desenvolvidos pela produção de mercadorias não podem ser transferidos para o setor de serviços, o que dificulta a avaliação da produtividade dos trabalhadores atuais.

No entanto, Teixeira (2009) considera que esses argumentos não justificam a necessidade de reconsideração da centralidade da categoria trabalho, uma vez que atualmente os setores da economia estão profundamente interconectados, com expansão da indústria de serviços e dos serviços industriais e argumenta que o trabalho no setor de serviços tem-se tornado cada vez mais padronizado, rotineiro e uniformizado, passando a ser avaliado por meio da utilização de banco de dados e de sistemas de intercâmbio eletrônico. Assim, a eficiência e a produtividade dos trabalhadores podem ser mensuradas e avaliadas da mesma forma que na indústria.

Já Habermas considerou as teorias sociais de Gorz e Offe com pouca amplitude para analisar a modernidade como um todo, não somente na dimensão do trabalho (TEIXEIRA 2009).

Para Habermas, a formação social é o resultado da conjugação do progresso técnico-científico e da evolução de um processo de interação orientado por normas mediadas linguisticamente. Dessa forma, considera o materialismo histórico limitado, por agregar a interação à dimensão do trabalho, numa única totalidade homogênea e unificada. Compreende que a atividade produtiva está inserida em uma rede de interações sociais; portanto, dependente das condições de comunicação. Trabalho e interação, assim, constituem duas dimensões que obedecem a realidades distintas: a da interação ou das ações comunicativas, que se apoiam nas interações culturais partilhadas, e a do trabalho, regida por mecanismos sistêmicos que independem da intenção dos sujeitos (TEIXEIRA 2009).

Para Habermas, a limitação do referencial do materialismo histórico centra-se na afirmativa de que as forças produtivas são o motor do desenvolvimento social. Para o autor, a racionalidade do mercado somente se imporia sobre as ações prático-morais quando a ação comunicativa se abrisse para a expansão colonizadora das forças produtivas, isto é das ações técnicas sobre o mundo das ações práticas. Nessa perspectiva, são as ações prático-morais e não as instrumentais, as da esfera da produção, os fatores diretamente responsáveis pela evolução social. Na avaliação de Teixeira, Habermas não reconstruiu o materialismo histórico, conforme pretendia, mas o substituiu por uma teoria da evolução social na qual a linguagem teria primazia absoluta sobre o trabalho (TEIXEIRA, 2009).

As argumentações de Teixeira (2009) reforçam, portanto, a atualidade da teoria marxista para interpretar a configuração atual do capitalismo.

Reitera a atualidade da centralidade da categoria trabalho, a partir da reestruturação produtiva. Para aumentar a produtividade do trabalho, o capital é obrigado a reduzir os gastos com trabalho improdutivo, que não agrega valor de troca, além de levar às últimas consequências a intensificação do trabalho. O capital, assim, passou a reagrupar numa única unidade de produção as diferentes fases do ciclo de acumulação, antes separadas espacial e temporalmente pela divisão social do trabalho do tipo fordista. Nesse sentido, a cooperação se complexifica, apresentando-se como forma de produção de mercadorias muito diferente daquela da grande indústria, na qual o capital-dinheiro cabia aos bancos; o capital produtivo, aos industriais; e o capital-mercadoria, aos comerciantes (TEIXEIRA, 2009).

Da mesma forma que as empresas foram levadas a unificar as diferentes formas de capital, a reestruturação produtiva, com seus novos métodos e técnicas de contratação e gerenciamento, vem recompondo as diferentes fases do processo criando um novo tipo de trabalhador coletivo, capaz de aumentar a produtividade e reduzir gastos. Nessa reconfiguração, os trabalhadores devem ser capazes de resolver não apenas os problemas decorrentes de sua ocupação, mas também os de sua empresa. Assim, o trabalhador especializado vem sendo substituído pelo polivalente, que perde sua especificidade e a sua força de agregação e passa a desacreditar da representação e da necessidade de mediação entre o sindicato e a empresa (TEIXEIRA, 2009).

As novas formas de contratação da força de trabalho, tais como trabalho em domicílio, terceirizado e por conta própria, transformam seus proprietários em verdadeiros comerciantes, na medida em que sua capacidade de trabalho passa a ser mediada pela venda dos resultados do seu trabalho. O trabalhador sente-se assim dono de sua atividade e a exploração é mascarada, pois o trabalhador e o capitalista se encontram e se separam na circulação de mercadorias, confrontam-se como simples comerciantes e não como representantes de interesses antagônicos (TEIXEIRA, 2009).

Teixeira afirma:

Se na época da grande indústria, a substituição da força muscular pela máquina permitiu a exploração do trabalho feminino e das crianças de todas as idades, na cooperação complexa, as coisas são bem piores. Agora é a desmaterialização da produção, ao transformar a sociedade numa “fábrica sem muros”, que permite abolir qualquer direito de proteção ao trabalho (...). A cooperação complexa é, por isso, a forma mais ideal de produção de mercadorias. Nela, o capital não só curte a pele do trabalhador pra transformá-la em valor, mas se faz dono da sua alma e da sua consciência (TEIXEIRA, 2009, p.139).

Sabe-se que a polarização econômica vem se agudizando cada vez mais desde a crise da década de 70 e que as iniquidades voltaram a se acentuar no Ocidente, relacionadas principalmente a fatores como a criação de subclasses, devido às mudanças na estrutura ocupacional com o aumento tecnológico e a diminuição da necessidade de trabalhadores

manuais e não especializados, além da instituição de trabalhos de baixa remuneração, redução das horas de trabalho, contratos precários e trabalhos temporários. Com o avanço tecnológico houve um aumento da necessidade de trabalhadores intelectuais e aumento de desemprego entre os trabalhadores manuais. Houve assim uma polarização entre os trabalhadores intelectuais e os trabalhadores informais, fruto do aumento do desemprego. Enquanto tem havido a diminuição do proletariado industrial, o proletariado de serviços tem aumentado (CROMPTON, 1998).

Antunes (2007) discorda dessa última afirmação, uma vez que para ele no período atual, marcado pela mundialização e financeirização dos capitais, não é possível tratar de modo independente os três setores da economia (indústria, agricultura e serviços), na medida em que ocorre a interpenetração desses capitais como no caso da agroindústria, indústria de serviços e serviços industriais. O autor chama a atenção também para o fato de que reconhecer a interdependência setorial é muito diferente de falar em sociedade pós-industrial, concepção carregada de conotação política.

A concepção ampliada de trabalho deve incorporar os trabalhadores produtivos que participam diretamente da produção de mais valia transcendendo as atividades tipicamente industriais; os trabalhadores improdutivos que não criam mais-valia, pois seus produtos são utilizados como serviços; os trabalhadores que produzem trabalho imaterial, predominantemente intelectual; o proletariado rural, o proletariado precarizado com trabalhos temporários e os desempregados (ANTUNES, 2007).

Considerando tal diversidade e fragmentação torna-se difícil a mobilização social da classe trabalhadora, pois se obstaculiza a concretização do processo estrutura-consciência-ação pelos trabalhadores. Sendo, assim, discutir o conceito de classe diante dessas contradições permanece essencial para a compreensão da condição social contemporânea (CROMPTON, 1998).

Salata (2012), ao discutir a perspectiva relacional, pontua que as classes são definidas pela relação dos indivíduos com os recursos geradores de renda que afetam as suas chances de vida. Deve-se, entretanto, definir a noção de chances de vida utilizada. Há diferentes perspectivas nesse sentido. Marx, por exemplo, concentrava-se na divisão entre proprietários e não proprietários; Weber considerava as habilidades, e outros fatores, também

como recursos que poderiam ser utilizados pelos indivíduos a fim de obter vantagens no mercado; Bourdieu reconhece o papel que diferentes tipos de capitais (econômico, cultural, social e outros), em suas diferentes formas, poderiam ter sobre as trajetórias dos indivíduos (SALATA, 2012).

A partir dos referenciais marxista e weberiano, outros teóricos construíram esquemas para definir as estruturas de classes para além das tradicionais e limitadas classificações por ocupações. Essas mascaram as iniquidades sociais no âmbito da participação na riqueza e obscurecem a relação entre classe, consciência de classe e ação social (GALOBARDES; LYNCH; SMITH, 2007; CROMPTON, 1998).

Um dos autores marxistas conhecidos na atualidade, Erik Olin Wright, apresentou um esquema para expressar a situação de classe a partir de quatro elementos: apropriação da força de trabalho; posse do capital; posição de controle no processo de trabalho e nível de qualificação para o trabalho. O gradiente de controle sobre cada um desses elementos qualifica os diferentes tipos de exploração no processo de produção capitalista (GALOBARDES; LYNCH; SMITH, 2007; CROMPTON, 1998).

Outro autor, Goldthorpe, de influência Weberiana, propôs um esquema que incluiu fontes e níveis de renda, seguridade econômica, possibilidades de desenvolvimento econômico, posição do trabalhador nos sistemas de autoridade e controle do processo de produção no qual está engajado (CROMPTON, 1998).

Os dois autores trabalharam com o conceito de classe a partir de esquemas que levavam em conta o momento da produção do processo de reprodução social. A escala de Wright deixava claras as relações de exploração entre as classes, ao incorporar aspectos inerentes às relações de produção, para além daqueles próprios às relações de dominação (Galobardes; Lynch; Smith, 2007; Crompton, 1998)

Assim, tanto para Wright como para Goldthorpe, as diferentes abordagens de classe mais do que constituírem discordância em relação à operacionalização desse conceito, refletiriam diferentes maneiras pelas quais as desigualdades são compreendidas e analisadas (SALATA, 2012).

O conceito de classe social contempla várias dimensões, para além das que se referem às relações de produção e de exploração, como a da sociabilidade. As relações de classe não são empiricamente observáveis em

sua totalidade, mas podem ser apreendidas parcialmente por elementos empíricos como: desigualdades nas posições econômicas e/ou desigualdades de renda e de posse de propriedades (SALLUM JÚNIOR, 1998).

É nessa perspectiva que Donnangelo em sua exposição afirmou que o núcleo das investigações em epidemiologia social deveria abarcar as relações entre o modo de organização social e o processo saúde/doença

[...] o próprio processo saúde/doença também se manifesta de uma forma particular, através do estado de saúde e de doença de certas categorias sociais. Eles forjam aí o conceito de perfil epidemiológico de classe. Então, há um segundo nível de análise, um segundo nível de manifestação do processo saúde/doença: é aquele em que aparece um perfil epidemiológico de classe. Cada classe social tem um “perfil epidemiológico de classe” e esse perfil epidemiológico é uma particularização da forma pela qual a sociedade estabelece os limites do processo saúde/doença. Ou seja, uma particularização no sentido de que se criam condições básicas para um processo de saúde/doença se desenvolver de um certo jeito. Mas ele não será igual para os diferentes segmentos na sociedade. Então: o perfil epidemiológico de classe é indicativo da maneira pela qual a classe participa do processo de produção e participa do processo de consumo. Este é, de certo modo, para eles (a mim me parece) o nível privilegiado da epidemiologia.

A relação entre processo saúde-doença e classes sociais já foi demonstrada por diversos estudos epidemiológicos (KRIEGER; WILLIANS; MOSS, 1997).

Yonekura (2011), por meio de revisão sistemática teórica e quantitativa, identificou que 91,9% dos estudos levantados mostraram que as classes com menor acesso à riqueza social apresentaram maiores prevalências ou incidências de problemas de saúde em relação às outras classes. A autora classificou os estudos em classe social como determinante e classe social como fator associado e identificou que entre os estudos que utilizaram a categoria classe social como determinante, 97,7% apontaram diferenças significativas entre as classes sociais e os problemas de saúde estudados.

A Inglaterra é reconhecida como o país que explora há mais tempo a temática e divulga dados sobre mortalidade desde o século XIX. O acompanhamento das desigualdades sociais é realizado com a classificação de classe social inglesa “Registrar-General’s Social Class Categories” que utiliza a variável ocupação para diferenciar as classes. Através dos dados, possibilita conhecer padrões e tendências das desigualdades sociais em saúde e alocar recursos públicos mais satisfatoriamente (ROSE, 1995). Entretanto, o conceito teórico utilizado no modelo não é explicitado (MARMOT; KOGEVINAS; ELSTON, 1987).

Apesar do reconhecimento da associação positiva entre pobreza e problemas de saúde, Krieger (2007) reforçou a necessidade de novas pesquisas sobre o tema, já que as causas desta associação diferem entre os pesquisadores. Estas divergências estão relacionadas principalmente à forma como a pobreza é conceituada, operacionalizada e analisada (KRIEGER, 2007).

Harper et al (2010) relataram que a mensuração da desigualdade social não é um processo neutro, já que há valores implícitos na escolha da estratégia de mensuração utilizada nos estudos empíricos.

Revisão sistemática encontrou 28 modelos operacionais do conceito de classe em estudos epidemiológicos. Desses, 14 eram latino-americanos, sendo 64,3% brasileiros e os demais se distribuíram entre Equador, Chile, México, Venezuela e Costa Rica. Os estudos se concentraram na década de 80 (YONEKURA, 2011). Esse período coincidia com a mobilização de vários atores sociais para a contestação das desigualdades sociais aprofundadas com a crise mundial do capitalismo nos anos 70 (BREILH; GRANDA; 1989).

Dos 14 trabalhos latino-americanos, a autora da referida revisão excluiu cinco por utilizarem o conceito de classe focado no poder de consumo e assim embasarem-se em definição teórica inadequada de classe social, constituindo-se na verdade em operacionalização do conceito de estrato socioeconômico (YONEKURA, 2011).

Yonekura (2011) identificou também nos estudos analisados 13 critérios que dividiram as classes sociais fundamentando-se numa compreensão de saúde e doença que coloca no centro da explicação dos determinantes da saúde, o trabalho – a produção capitalista – e, a ele subordinado, a vida – o consumo sob o comando do processo de acumulação capitalista.

Sendo, assim, as formas de trabalhar, relativas à inserção na produção, foram definidas pela posição na ocupação, tipo de ocupação, renda, número de empregados, registro formal de trabalho, benefícios oriundos do trabalho e uso de tecnologia. As formas de viver, relativas ao momento do consumo, foram definidas pelo nível de escolaridade, agregação social, localização da moradia no bairro, status, atividades de lazer, propriedade da habitação, tamanho da moradia, número de membros da família. Mais da metade dos trabalhos latino-americanos (55,6%) agregaram as formas de trabalhar e de viver para compor os modelos, e os demais utilizaram apenas as formas de trabalhar. Nenhum trabalho utilizou as formas de viver isoladamente.

A exposição de Donnangelo ressalta que a aproximação ao empírico na epidemiologia é feita através de variáveis, o que foi evidenciado nos modelos estudados na revisão.

Solla (1992) ressaltou a necessidade de superação de problemas na utilização do conceito de classe social, como considerar as peculiaridades de cada sociedade e os processos dinâmicos que nela ocorrem; a consideração que nem todos os conceitos podem ser reduzidos a variáveis na investigação empírica; e o aprofundamento de questões teórico-conceituais, como o ponto de corte de variáveis quantitativas, a quantidade de variáveis necessárias para compor um indicador, a inclusão da população não diretamente inserida na dimensão econômica, como os estudantes, e a classificação de indivíduos com mais de uma inserção na produção.

Assim, instrumentos adequados são necessários para captar a realidade social e propor intervenções coerentes com as necessidades da população.

A carência de um instrumental idôneo é proporcional ao prolongamento das ideias e métodos comprovadamente ineficazes de uma epidemiologia empírica. Representa um vazio, uma solução de continuidade que se interpõe entre os problemas de saúde frequentes e agudos das classes sociais majoritárias e a necessidade que existe de interpretar a realidade corretamente, formulando-a nos termos de seu verdadeiro interesse de classe (BREILH, 1991b, p.43).

Viana (2012) afirma que é necessário um conceito complementar que possibilite mostrar a relação entre as doenças socialmente produzidas e as classes sociais exploradas.

Segundo o autor, tentativas nesse sentido vêm sendo desenvolvidas por diversos estudos, como o de Trapé (2011), que propõe indicadores de reprodução social, condições de vida, para atender a esse desafio, no sentido de responder à necessidade de operacionalizar o conceito de classes sem se restringir a variáveis como renda, sugerindo que a utilização da categoria reprodução social como aproximação capaz de retratar elementos da dimensão estrutural.

Partir do conceito de classe social para alcançar a categoria reprodução social é um grande desafio teórico a ser enfrentado. A reprodução social, de acordo com Salum, Queiroz (1997)⁵,

retém a essência explicativa da conformação heterogênea do coletivo – as relações sociais de produção; articula, de modo hierarquizado, os dois momentos constituintes (produção e consumo) da produção da vida social, subordinando as formas de viver às formas de trabalhar do coletivo, não dispensando a relativa autonomia de processos mediadores, nem sempre tão claramente identificáveis nos vínculos que mantêm com as relações sociais de produção.

As autoras se perguntavam:

como dar conta de evidenciar a heterogeneidade do coletivo num determinado espaço geossocial, superando as dificuldades atinentes à operacionalização do conceito de classe social, porém recuperando, na base teórica do marxismo, a essência explicativa da conformação heterogênea do coletivo – as relações sociais de produção? (SALUM; QUEIROZ, 1997).

Na busca pela resposta, as autoras tomaram como referência os estudos originais de Granda e Breilh (1991) que incorporaram a Reprodução Social e seus dois momentos, o da produção social – formas de trabalhar – e o do consumo – formas de viver, como categoria para caracterizar as desigualdades em saúde.

5 O texto que deu origem a este trabalho, apresentado em congresso, foi gentilmente cedido pelas autoras. Ele congrega livro não publicado (SALUM M.J.L.; QUEIROZ, V.M. Enfermagem em saúde coletiva: lições da prática acadêmica. Citações literais foram reproduzidas das p.122 e 119).

De outra parte – ainda que não mantivessem total concordância com a perspectiva analítica de Possas (1989), que, como já exposto, discute a impossibilidade de operacionalização do conceito de classe social – as autoras interessaram-se pela estrutura da sua base empírica para: a) caracterizar a heterogeneidade estrutural - centrada na captação de indicadores das condições de existência (condições de vida e estilo de vida) e indicadores das condições de trabalho; b) selecionar indicadores que, articulados entre si e ajustados às exigências teóricas da categoria da Reprodução Social, discriminassem diferentes formas de reprodução social (produção e consumo).

Recuperando também os encaminhamentos de Laurell e Noriega (1989) – que se valeram da construção teórica do Modelo Operário para constituir grupos homogêneos – Salum e Queiroz (1997, 2000) caracterizaram a heterogeneidade do coletivo pela sua decomposição em *grupos sociais homogêneos*, cunhando essa expressão para designar o conjunto de famílias de um dado espaço geossocial que guardam entre si semelhantes formas de trabalhar e de viver e que, portanto, apresentam características semelhantes de reprodução social.

De acordo com as autoras, estudo da Fundação SEADE realizado em 1992 apoiou os encaminhamentos de ajuste da fundamentação teórico-metodológica à operacional necessária à caracterização dos *grupos sociais homogêneos* num dado território.

Laurell (1991) ao estudar a relação trabalho-saúde ressalta que em uma sociedade capitalista a produção de valor determina todas as demais atividades sociais e, portanto, também o consumo. Isto implica que o ponto de partida analítico é o da produção.

Laurell (1991), assim se posiciona a respeito da temática:

Un primer terreno de discusión teórica de la medicina social respecto a la relación trabajo-salud se refiere a los conceptos analíticos centrales. Aquí se inscribe la polémica, ya clásica, respecto a dos de ellos, a saber, “proceso de trabajo” e “reproducción social”. La discrepancia manifiesta tiene dos planos: uno que se refiere a cuál de los dos es el concepto más general y outro que se refiere a cuál tiene mayor poder explicativo respecto al proceso salud-enfermedad de los distintos grupos so-

ciales. Revisando la primera cuestión en la perspectiva de los conceptos marxistas generales resulta que no hay tal contradicción, dado que, a este nivel de abstracción, el propio Marx los usa indistintamente para significar el proceso de apropiación por parte del hombre de la naturaleza sobre la cual se da la (re)producción de la sociedad (LAURELL, 1991, p. 254).

Nessa perspectiva:

(...) si por “reproducción social” se entiende la unidad contradictoria entre producción y consumo obviamente contiene al concepto “momento de la producción” – que en la sociedad capitalista es el proceso de producción – y, en cuanto pretende dar cuenta tanto de este momento como del momento del consumo, tiene um valor explicativo mayor respecto al proceso salud-enfermedad. (LAURELL, 1991, p. 255).

Dessa forma, segundo a autora, os estudos sobre trabalho-saúde voltados para os determinantes sociais, devem se embasar teoricamente no conceito de processo de trabalho que nas sociedades capitalistas se traduzem em processos de produção. Esse conceito desdobrado permite estudar a realidade concreta da lógica da acumulação (processo de valorização) e seu meio (processo laboral) com um modo específico de trabalho-desgaste e de enfrentamento de classe, que por sua vez determinam um padrão particular de reprodução. Este, ao se combinar com o desgaste, se constitui em um processo de saúde-doença específico para cada grupo social (LAURELL, 1991).

A proposta de operacionalização da categoria reprodução social de Salum e Queiroz (1997, 2000) busca contemplar os âmbitos de produção e consumo do processo de reprodução social, a partir da operacionalização da construção de grupos sociais homogêneos. Ressalta-se que tal modelo compõe o conjunto estudado por Yonekura (2011) entre os modelos de operacionalização do conceito de classe social em investigações, segundo a perspectiva da Epidemiologia Social e foi incluído porque as autoras o construíram para ter uma leitura empírica dos potenciais de desgaste e fortalecimento atinentes às formas de reprodução social das classes e grupos sociais, em função do lugar que ocupam na reprodução da vida social.

A base operacional da proposta permite classificar *a priori* o coletivo estudado, caracterizando a sua heterogeneidade traduzida em última análise na construção dos grupos sociais homogêneos. Além do que, o esquema considera aspectos relativos à dinâmica social e não somente à estrutura.

O primeiro momento corresponde a uma classificação inicial das famílias a partir dos dados coletados e submetidos a variáveis de corte para trabalho e vida, estabelecendo-se em seguida os limites de inclusão/exclusão. O segundo momento diz respeito a uma diferenciação conforme a inserção no momento da produção e do consumo, recorrendo a formas de mensuração do grau de estabilidade/instabilidade das formas de trabalhar e de viver capazes de expressar a heterogeneidade das condições de trabalho e vida e, portanto, a diversidade de carências existentes. A questão da estabilidade/instabilidade é que diferencia o modelo de Salum e Queiroz (1997, 2000) dos demais modelos estudados por Yonekura (2011) representando a dinamicidade do processo de reprodução social.

As autoras utilizaram a classificação em *grupos sociais homogêneos* e estudaram os perfis de reprodução social e de desgaste de famílias da área de abrangência de um Centro de Saúde Escola de São Paulo (SALUM, QUEIROZ; 2000).

Diversos outros trabalhos utilizaram a classificação em *grupos sociais homogêneos* com a finalidade de realizar a caracterização social das populações de estudo, entre eles os estudos de Biagolini (1999), Leite (1999), Soares, Ávila, Salvetti (2000), Laurenti (2005), Tamami (2007), Santos (2010) e Ribeiro (2011).

Tais trabalhos utilizaram o modelo de Salum e Queiroz (1997, 2000) em que as variáveis e os valores de corte utilizados para incluir uma família em um grupo social foram predeterminados em função do aporte teórico utilizado e do estudo do comportamento dessas variáveis em estudos populacionais gerais. Assim, no trabalho das autoras e de outros que se seguiram, o que definiu as dimensões da produção e do consumo foi um conjunto de variáveis composto a partir da categoria teórica da reprodução social. A comprovação empírica da capacidade das variáveis em diferenciar significativamente os grupos sociais foi feita por outro estudo (TRAPÉ, 2011) que analisou o comportamento dessas e de outras variáveis de reprodução social quanto à sua capacidade para formar grupos com semelhantes

formas de trabalhar e de viver objetivando contribuir para a construção de instrumentos que sirvam à epidemiologia social e que possibilitem o mapeamento de tais grupos em determinado território.

Breilh (1991) ressalta que a utilização do conceito de classe social pode esbarrar em problemas com a obtenção de dados através de registros secundários. Os registros de informação geralmente não possuem informações sobre variáveis “estruturais” e *informações de acordo com uma racionalidade histórica que permita ponderar a ocorrência de risco nas diferentes classes sociais* (BREILH, 1991b, p.150). É essencial a disponibilidade de dados de desigualdade e saúde populacionais para que a epidemiologia possa compreender e superar esta relação (KRIEGER, 2007).

A caracterização e magnitude da desigualdade social fundamentam as políticas públicas, ou seja, formas adequadas de mensuração da desigualdade são fundamentais para a melhoria das condições sociais e de saúde (HARPER et al., 2010).

Chandola e Marmot (2005) reiteram a influência da epidemiologia social nas políticas sociais governamentais, com intervenções de âmbito macrossocial, necessárias para reduzir as desigualdades sociais.

Acontecimentos políticos recentes, pautados em discursos radicais, concentram-se em desconstruir o modelo neoliberal de prevenção de doenças como responsabilidade individual. Na atualidade, rejeita-se a explicação etiológica comportamental da obesidade e acusa-se o marketing da indústria de alimento; o papel da indústria na produção de doenças crônicas tem sido destacado pelos historiadores de doenças profissionais; já se verificam batalhas contra a indústria do tabaco e a defesa da intervenção do governo para controlar e prevenir a obesidade, por meio da tributação de alimentos de alto teor calórico e de baixo valor nutricional, da proibição de vendas de *junk food* nas escolas e da divulgação obrigatória de componentes calóricos e químicos nos produtos nutricionais (PORTER, 2006).

Novamente, são as contradições da formação social que estão demandando que a medicina social anglo-americana retome suas raízes na análise social estrutural da etiologia das doenças, e articule-se ao paradigma da produção da doença da medicina social latino-americana (PORTER, 2006).

Considerações finais

A epidemiologia crítica da América Latina, instrumento da saúde coletiva para leitura das necessidades sociais e apoio à formulação de políticas estatais em saúde, começou a ser construída diante de marcantes contradições do cenário de desigualdades sociais. Alicerçada no Marxismo, compôs com ensinamentos humanistas da medicina social, estabelecidos em outros contextos que expunham contradições de classe semelhantes.

Não seria demais retomar neste espaço a atualidade da indignação expressa pelo médico Che Guevara, em 1960, a respeito das necessidades de saúde de populações latino-americanas

À exceção do Haiti e Santo Domingo, eu visitei até certo ponto todos os outros países latino-americanos. Devido às circunstâncias em que eu viajei, primeiro como estudante e depois como médico, eu acabei entrando em estreito contato com a pobreza, a fome e a doença; com a incapacidade de tratar uma criança por causa da falta de dinheiro, com a estupefação provocada pela fome constante e punição, a tal ponto que um pai pode aceitar a perda de um filho como um acidente sem importância, como ocorre frequentemente nas classes oprimidas da nossa pátria americana. E eu comecei a perceber naquele momento que havia coisas que eram quase tão importantes para mim como se tornar famoso ou fazer uma contribuição significativa para a ciência médica: eu queria ajudar as pessoas.

Diante da proposta desta publicação e a partir das considerações realizadas neste texto, afirma-se que o que havia de fecundo nos ensinamentos que construíram a medicina social permitiu sua retomada histórica em outros contextos.

Em primeiro lugar, porque a relação entre o social e os problemas de saúde é inegável, os homens não perderam suas características essenciais e continuam sendo seres de trabalho e de sociabilidade. Nesse sentido, não se pode negar a potência da interdisciplinaridade entre ciências

sociais e biológicas para superar a dicotomia entre sujeito e sociedade e entre variáveis das ciências naturais e sociais. Além disso, porque a medicina social se fundamenta na crítica ao caráter instrumental da epidemiologia para as teorias multifatoriais, que reduzem as complexas relações sociais a fatores de risco. E principalmente, porque não é possível fechar os olhos para a persistência das relações capitalistas de exploração, ainda com maior sofisticação, que determinam diferentes pertencimentos de classes e complexas formas de sociabilidade. Tal realidade se pauta na manutenção da contradição, expressa na relação entre a distribuição da riqueza material e imaterial e a distribuição das desigualdades em saúde.

Portanto, a perspectiva marxista em ciência é atual e tomá-la por referência significa legitimamente buscar a verdade, por meio de coerência teórico-metodológica, como fazem os demais paradigmas científicos.

Vários modelos de operacionalização do conceito de classe vêm sendo desenvolvidos contemporaneamente para superar as limitações à captação das relações sociais dinâmicas que se estabelecem na atualidade e que complexificam a identificação das classes, pela opacidade dos seus limites. Mas, um dos grandes desafios a enfrentar é o de desenvolver um método capaz de expor a sociabilidade e as dinâmicas atuais de classe.

Sendo assim, os conteúdos presentes no discurso de Donnangelo são atuais e não foram ou serão superados, porque se referem tanto a questões que são *estruturais*, que dizem respeito ao eixo de funcionamento da formação social dominante, quanto a questões *teórico-metodológicas*, relativas às explicações e formas de leitura da realidade configurada nessa formação social.

Referências

ANTUNES, R. As dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

BIAGOLINI, R.E.M. **Formas de trabalhar e viver maternas e condições de pré-natal (estudo na área de abrangência do Hospital Universitário - Universidade de São Paulo)**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

BREILH, J.; GRANDA, E. Epidemiología y contrahegemonía. **Social Science and Medicine**, v.28, n.11, p.1121-1127, 1989.

_____. La epidemiología en la forja de una contrahegemonía. **Salud Problema**, v.11, p. 25-40, 1986.

BREILH, J. A reprodução social e a investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate. In: COSTA, D.C. (Org.). **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990a. p. 137-166.

_____. La pobreza urbana y la salud: una mirada desde la epidemiología crítica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. EPIDEMIOLOGIA E DESIGUALDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DO FINAL DO SÉCULO, 1.,1990, Campinas. **Anais**. Campinas: ABRASCO/UNICAMP, 1990b. p. 281-302.

_____. Componente de metodología: la construcción del pensamiento en medicina social. In: FRANCO, S.; NUNES, E.; BREILH, J.; LAURELL, A.C. (Org.). **Debates en Medicina Social**. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 1991a. p. 138-248.

_____. **Epidemiologia. Economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991b.

_____. **Epidemiología: Economía, Medicina y Política**. Mexico City: Fontamara, 1989.

_____. **Género, Poder y Salud**. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1993.

CHANDOLA, T.; MARMOT, M. Social Epidemiology. In: AHRENS, W.; PIGEOT, I. (Org.). **Handbook of Epidemiology**. Berlin: Springer, 2005.

GUEVARA, E. On Revolutionary Medicine. Obra Revolucionaria. In: **Che Guevara Internet Archive** (marxists.org), n. 24, 1960 (tradução nossa). Disponível em: <http://www.marxists.org/archive/guevara/1960/08/19.htm>. Acesso em 10 out. 2013.

COSTA, D.C. **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.

CROMPTON, R. **Class and stratification. An introduction to current debates**. Cambridge: Polity, 1998.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FRANCO, S. et al. **Debates en Medicina Social**. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

GALOBARDES, B.; LYNCH, J.; SMITH, G.D. Measuring socioeconomic position in health research. **British Medical Bulletin**, v. 81-82, n.1, p.21-37, 2007.

GRANDA, E. Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida e salud. In: TALLER LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 2., 1992, Caracas. **Anais**. Caracas: Asociación Latinoamericana de Medicina Social/Caracas: Universidad Central de Venezuela, Rectorado: Ministerio de la Familia, 1992, p.41-55.

GRANDA, E.; BREILH, J. **Investigação da Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. São Paulo: Cortez, 1991.

GRIMBERG, M. Programas, actores y prácticas sociales: encuentros y desencuentros entre antropología y políticas de salud. **Salud Cambio**, v. 3, n. 9, p. 6-18, 1992.

HARPER, S. et al. Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. **Milbank Quarterly**, v. 88, n. 1, p. 4-29, 2010.

KRIEGER, N.; WILLIAMS, D.R.; MOSS, N.E. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. **Annual Review of Public Health**, v.18, p. 341-378, 1997.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, p. 668-677, 2001.

_____. Why Epidemiologists Cannot Afford to Ignore Poverty. **Epidemiology**, v.18, n. 6, p. 658-663, 2007.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, A.C. Nuevas perspectivas temáticas para la epidemiología. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. EPIDEMIOLOGIA E DESIGUALDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DO FINAL DO SÉCULO, 1.,1990, Campinas. **Anais**. Campinas: ABRASCO/UNICAMP, 1990. p. 263-273.

_____. Social analysis of collective health in Latin America. **Social Science & Medicine**, v. 28, p. 1183-1191, 1989.

_____. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S. et al. (Org.). **Debates en Medicina Social**. Quito: Organización Panamericana de La Salud, 1991.

LAURENTI, D. **Reprodução Social, prática alimentar e estado nutricional de crianças (estudo populacional no município de Itupeva, SP)**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

LEITE, E.P. **A dupla condenação de prisioneiras na cadeia: um invisível objeto da saúde coletiva**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

MARMOT, M.; KOGEVINAS, M.; ELSTON, M.A. Social/economic status and disease. **Annual Review of Public Health**, v. 8, p. 111-35, 1987.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. EPIDEMIOLOGIA E DESIGUALDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DO FINAL DO SÉCULO, 1., 1990, Campinas. **Anais**. Campinas: ABRASCO/UNICAMP, 1990a. p. 347- 361.

_____. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, D.C. (Org.). **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990b. p. 39-86.

MONTAGNER, M.A. Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social? Um esforço comparativo entre França e Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 193-210, 2008.

NUNES, E.D. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 5984, 1992.

_____. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

PEREIRA, J.C.M. **A explicação sociológica na medicina social**. São Paulo: UNESP, 2005.

PORTER, D. How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading? **PLOS Medicine**, v. 3, n. 10, p. e399, 2006.

_____. **Health Citizenship: Essays in Social Medicine and Biomedical Politics**. California: University of California Medical Humanities Press San Francisco/CA, 2011.

POSSAS, C.A. **Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

POSSAS, C.A. Perspectivas para a ciência epidemiológica numa abordagem interdisciplinar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. EPIDEMIOLOGIA E DESIGUALDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DO FINAL DO SÉCULO, 1., 1990, Campinas. **Anais**. Campinas: ABRASCO/UNICAMP, 1990. p. 316-329.

RIBEIRO, M.N.S. **De leproário a bairro: reprodução social e espaços de segregação na Colônia Antonio Aleixo (Manaus-AM)**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

ROSE, D. Official Social Classifications in the UK. **Social Research Update**, v. 9, 1995.

SALATA, A. Notas sobre a tese da nova classe média brasileira. Observatório das Metrópolis, 2012. Disponível em: <http://observatoriodasmetroplites.net/download/texto_andre_salata_classe_media.pdf>. Acesso em: 24 set. 2013.

SALLUM JR., B. Globalização e estratégia de desenvolvimento: o Brasil nos anos 90. In: FUNDAP (Org.). **Sociedade e Estado - Superando Fronteiras**. São Paulo: Fundap, 1998.

SALUM, M.J.L.; QUEIROZ, V.M. A construção de perfis epidemiológicos e a responsabilidade da universidade pública na luta pela saúde como direito social. In: CONGRESSO DE MEDICINA SOCIAL, 8./CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 11., 2000, Habana. **Anais**. Habana: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2000.

_____. Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria Reprodução Social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5./CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA: SAÚDE, RESPONSABILIDADE DO ESTADO CONTEMPORÂNEO, 5., 1997, Águas de Lindoia. **Anais**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 18-18.

SANTOS, M.B. **Algumas contribuições ao Projeto Para Viver de Bem com os Bichos (PVBB) enfoque: fauna sinantrópica**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

SCHAIBER, L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas**. 1997. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1997.

SILVA, G.R. Avaliação e perspectivas da epidemiologia no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. EPIDEMIOLOGIA E DESIGUALDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DO FINAL DO SÉCULO, 1., 1990, Campinas. **Anais**. Campinas: ABRASCO, 1990. p. 108-139.

SOARES, C.B.; ÁVILA, L.K.; SALVETTI, M.G. Necessidades (de saúde) de adolescentes do D. A. Raposo Tavares, SP, referidas à família, à escola e bairro. **Revista**

Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 10, n. 2, p. 19-34, 2000.

SOLLA, J.J.S.P. **Classe social e saúde: um estudo sobre a utilização deste conceito na investigação epidemiológica**. 1992. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1992.

TAMAMI, A.M. **Problemas respiratórios em crianças menores de dois anos e a reprodução social das famílias. Estudo populacional no Município de Itupeva, SP**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

TEIXEIRA, F. Marx, ontem e hoje. In: TEIXEIRA, F.; FREDERICO, C. (Org.). **Marx no século XXI**. São Paulo: Cortez, 2009.

TRAPÉ, C.A. **Operacionalização do conceito de classes sociais em epidemiologia crítica: uma proposta de aproximação a partir da categoria reprodução social**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

VIANA, N. Classes sociais, condições de vida e processo saúde-doença. **Revista da Faculdade Estácio de Sá**, v. 2, n. 7, p. 139-151, 2012.

VICTORA, C.G. et al. Pobreza e saúde: como medir nível socioeconômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. EPIDEMIOLOGIA E DESIGUALDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DO FINAL DO SÉCULO, 1., 1990, Campinas. **Anais**. Campinas: ABRASCO, 1990. p. 303-315.

WAITZKIN, H. et al. Social medicine then and now: lessons from Latin America. **American Journal of Public Health**, v. 91, n.10, p. 1592-1601, 2001.

YONEKURA, T. **A Operacionalização do conceito de classe na epidemiologia: uma revisão sistemática**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

O social na epidemiologia

Hésio de Albuquerque Cordeiro¹

O conceito de determinantes sociais, antes de ser sistematizado pela Epidemiologia, já era mencionado nas políticas públicas de saúde como na III Conferência Nacional de Saúde (Anais 3ª CNS, 1992) organizada e presidida por Wilson Fadul, que mencionava a importância do grau de desenvolvimento econômico, social e político do país. O tema vinha para a ação política e administrativa antes de se tornar objeto de estudo da Epidemiologia.

Saúde e doença, na realidade um processo, se tornavam objeto de estudo empírico a partir de fatos baseados na concepção de história natural da doença de Leavell-Clark.

A Epidemiologia contemporânea, ou clássica, é vista como um conjunto de fatores empíricos que participam, de forma multicausal, do curso do processo saúde-doença. Os fatores sociais sempre foram contemplados, mas reduzidos ao individual como afirma Donnangelo, como base de uma prática individual. A autora menciona que esta concepção do social leva a que “a compreensão do processo saúde-doença deva ser investigado... e que se devem fazer intervenções que possam redundar em alterações ou nos comportamentos ou nos estados patológicos”. Menciona a autora que outra forma de estudar o social é através da apreensão como uma totalidade não redutível ao individual e que deve ser apreendida por concepções renovadas do processo saúde-doença e que comportam intervenções sociais no nível social e não no plano individual próprio à prática médica.

Cecília Donnangelo, em seu livro *Saúde e Sociedade* (1976), anunciou a necessidade de se entender a articulação “medicina-estrutura social nas sociedades capitalistas”. Explicitava que a Medicina é uma prática técnica e social como “manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e cien-

¹ Hésio de Albuquerque Cordeiro (hesioalbuquerque@gmail.com) é Coordenador do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, Professor visitante do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Doutor em Medicina Preventiva pela USP (1982) orientado por Cecília Donnangelo.

tíficos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos – o corpo, o meio físico”. Reponde, enquanto tal, “a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado em práticas sociais determinadas econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui!”.

Dentro desta perspectiva teórica, Anamaria Tambelini Arouca (1978) lembra que a “maneira como se tenta a explicação da saúde de uma população tem variado historicamente e depende, fundamentalmente, de uma visão teórica do que seja a saúde e a doença e o seu significado a nível individual e coletivo”. Tambelini conclui que “os problemas de saúde coletiva devem ser estudados como reflexo do processo de acumulação de capital, tal como ocorre em uma formação social concreta dependente da forma como se realiza o trabalho”.

Donnangelo propõe que a história natural da doença seja reconsiderada como história social do processo saúde-doença. As práticas da Medicina assumiram o caráter de Medicina Integral como a forma de organização social, especialmente aquelas vinculadas ao projeto de formação de médicos e de profissionais de saúde.

Donnangelo enfatiza a prática social da Medicina como sendo historicamente determinada e anuncia uma vertente do materialismo histórico como importante instrumento teórico-conceitual a ser incorporado à Epidemiologia no estudo das determinações sociais e que não se confunde com o conceito de causalidade. Cecília cita os trabalhos de Jaime Breilh e Edmundo Granda no Equador sobre a pesquisa empírica relativa aos determinantes sociais enfatizando o processo de trabalho, além dos processos político-ideológicos em uma formação social concreta.

O trabalho de Cecília se encerra em decorrência da sua morte prematura em 1983 antes do movimento de reforma sanitária que teria suas bases de apoio com o documento do Instituto de Medicina Social da UERJ (1979) “A questão democrática na área da saúde”, apresentada pelo Cebes (1980), por Sergio Arouca, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde realizado na Câmara dos Deputados, em Brasília.

A Reforma daria mais um passo na reunião de Montes Claros (1984) em que a Carta de Montes Claros marcaria o processo da Nova República em prol dos princípios que seriam aprovados na Constituição de 1988 para a criação do Sistema Único de Saúde.

Legião de órfãos

Lígia Donnangelo de Oliveira Miranda¹

Cecília Donnangelo, quando fala das Ciências Sociais fala de formas de saber que coexistem ao longo do tempo. Um conhecimento que não precisa morrer para a chegada de outro, mas precisa de seu tempo, de seu momento histórico para que possa existir. Um trágico acidente interrompe sua existência no tempo, mas a vida foi me revelando que sua ausência no tempo deixou uma marca na história.

Nosso cotidiano é a matéria-prima da nossa história e o meu cotidiano foi separado da presença da minha mãe há mais de 30 anos. Muitas vezes me perguntei como foi este tempo no qual compartilhamos a nossa história. A história é feita daquilo que falamos e como falamos e daquilo que fazemos e com quem fazemos, sejam este falar e fazer parte da construção de novos paradigmas de saúde coletiva, sejam eventos simples envolvendo pastéis e formigas. Há alguns meses, fui surpreendida por duas horas da voz de Cecília Donnangelo, minha mãe, quando intensos debates da sua forma de pensar são recheadas com entrelinhas cotidianas. Alguém havia cuidadosamente preservado sua voz por todos estes anos e eu pude ouvir novamente, entre outras coisas a voz agitada que um dia me despertou para a vida.

Precisa-se de mãe para poder lentamente não precisar dela, se a imprevisibilidade das coisas a leva de repente sua importância aumenta de forma imensurável. Este parece ser o destino das crianças que ficam órfãs, lutar bravamente com uma falta, preencher um vazio com qualquer fragmento que tenha sobrevivido, e só por sobreviver este fragmento torna-se precioso. O destino dos órfãos é viver o ser que se foi em qualquer coisa que tenha ficado. Com a preservação desta voz descobri que não apenas crianças ficam órfãs, minha mãe tinha deixado muitos órfãos, de todas as idades e de todas as formas de filiação. Me senti parte de um grupo desamparado pela sua ausência, houve muitas solidões.

1 Lígia Donnangelo de Oliveira Miranda (ligiadonnangelo@hotmail.com) é filha de Cecília Donnangelo e psicóloga.

Deste pedaço de história, onde cada palavra tem contorno peculiar, voz vigorosa e enfática, narrativa dura, surge a frase: Porque não há morte coletiva, cada um morre por si. Mas há orfandade coletiva, há um lugar real onde todos perdemos e de repente eu ganho uma mãe, que é uma voz, e vem cheia de filhos para poder tornar maior e mais vivo o meu pedaço de história.

Posfácio

Legado de Cecília Donnangelo à Epidemiologia

José da Rocha Carneiro¹

Luiza Sterman Heimann²

Esta publicação resgata a importância de Cecília Donnangelo para a Epidemiologia, campo da Saúde Coletiva a que não deu a mesma atenção que dedicou a áreas em que sua produção tem um significado ímpar. Diversas tentativas anteriores de dar publicidade a esta aula num curso de Epidemiologia para sociólogos foram inviabilizadas pelas mais diversas razões (ver prefácio).

O momento e as circunstâncias em que se desenvolveu esse curso são relatados num dos capítulos do livro. São Paulo e o Brasil viviam inusitado ambiente de grande agitação política. O regime militar vigia ainda, já minado pelo processo de abertura política. O País conquistara o direito a eleições diretas para governadores, e o curso era oferecido em plena campanha eleitoral. Por uma pilhéria histórica, contratar sociólogos, profissionais de uma categoria rara na saúde, surgiu num governo estadual conservador e aliado da ditadura. Um mês após o encerramento do curso, a oposição ganhou as eleições no Estado de São Paulo.

Quanto ao curso, deixemos que fale a própria Cecília Donnangelo:

O que aconteceu neste curso foi gozado. A intenção da Associação era incluir fundamentalmente os sociólogos, que não sabiam com o que eles lidavam, quando se encontravam com médicos fazendo “continhas”, e tentar municia-los (os sociólogos) de uma perspectiva não só de compreensão mas de uma perspectiva um pouco crítica em relação “àquela maravilha”. Lembro claramente de uma reunião na (Faculdade de) Saúde

1 José da Rocha Carneiro (jrcarval@usp.br) é professor titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) e pesquisador visitante do Instituto de Saúde.

2 Luiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica, pesquisadora e diretora do Instituto de Saúde.

de Pública, em que o pessoal se queixava: “Eles fazem umas coisas que a gente não entende”. Então, quero lembrar que dá para entender, mas acontece que o grupo que predomina é médico. Então, o curso precisaria ter ido além, para dizer aos nossos pobres sociólogos o que a Epidemiologia faz.³

Cecília, então, cita nominalmente Jussara Freire, uma das organizadoras do curso, o que significa que o tema foi discutido durante a aula. Remetemos o leitor à transcrição e ao áudio. Não é novidade que este tema venha à baila. Lembramos, a propósito, o texto de Marcel Goldberg (Este estranho objeto da Epidemiologia)⁴ em que descreve as dificuldades de construção da interdisciplinaridade na prática da relação no mesmo espaço de trabalho.

Sobre a autora, um dos capítulos do livro dá uma ênfase merecida à sua postura como educadora, formação e vocação originais. Não, por acaso, até hoje existem fortes indícios da sua notável contribuição na criação de uma escola de pensamento em saúde.

A aula está transcrita num dos capítulos do livro, com compreensíveis limitações. A primeira, ligada à precariedade do procedimento original de gravação, foi um imprevisto perpetrado por um aluno do curso, já mencionado no prefácio. Outra, mais séria, foi a de verter a transcrição “mecânica” (feita por profissional que não pertence à área de saúde) num texto com sequência lógica. Sem transformar o texto numa “transcrição”, burlando o modo personalíssimo com que Cecília dizia as coisas. A leitura da versão final da transcrição e a audição do registro sonoro devem ser entendidas como exercício coletivo que merece comentários. Os Organizadores se comprometem a transformar esses comentários numa prática ancorada nos sites do Instituto de Saúde e da Abrasco. Uma espécie de “crowdsourcing”.

A obra repercute, ainda, passados 30 anos. Não podemos avaliar quanto contribuiu para atingir o objetivo original do curso, a não ser por comentários dos alunos, como num dos capítulos do livro. A Secretaria de Saúde de São Paulo persiste ainda hoje como referência nacional de har-

3 Transcrição da aula, ver capítulo correspondente neste livro.

4 Goldberg, Marcel. “Este obscuro objeto da epidemiologia”. In: Costa, Dina Czeresnia. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo, HUCITEC, 1990. p.87-136. Original: “Cet obscur objet de l'épidémiologie”. *Sciences Sociales et Santé* 1(1): 55-110. Décembre 1982

monia, nos quadros da administração pública, entre profissionais de distinta formação, executando tarefas ligadas à vigilância, ao planejamento e à gestão. Os alunos que já se dedicavam à vida acadêmica e os demais professores do curso, em particular os colaboradores de Cecília Donnangelo, não poderiam ficar imunes à natureza inovadora do debate promovido.

Para ter ideia do legado que, passados 30 anos, uma contribuição tão instigante deu à Epidemiologia, solicitamos comentários, no mérito, de profissionais do ambiente acadêmico da Saúde Coletiva. Com a recomendação de que deles se esperava uma crítica à obra, especialmente quanto às razões pelas quais essa temática ainda hoje merece ser abordada:

Rogamos a todos que não deixem de apresentar suas maneiras de ver a atualidade do tema, além de expressar suas opiniões a respeito do texto em si.⁵

Não identificamos neste posfácio os autores dos comentários individuais, que figuram nos respectivos capítulos. Apontamos, apenas, algumas questões salientes quanto ao mérito e à oportunidade contemporânea do tema abordado na aula.

A natureza contra-hegemônica da crítica ao reducionismo positivista e ao imediatismo pragmático dá os motivos para celebrar a memória de Cecília: (1) conteúdo emancipador de seu pensamento; (2) ideias inovadoras e formação de gerações de quadros que forjaram a saúde coletiva brasileira; (3) força ao questionar o sistema em tempos adversos da ditadura.

Análise de contexto (de hoje e de então) ancorado numa maneira de ver a Epidemiologia Social. A identificação como tese central da Cecília: a Epidemiologia não encontra bases empíricas e lógicas para um discurso confiável sobre a dimensão propriamente social dos fenômenos de saúde e doença. Após 30 anos, deve ser considerada a mudança no contexto (redemocratização, constituinte, o SUS, ESF e a municipalização da saúde, entre outros) e é possível intuir o que nos reservam os próximos 30 anos.

É uma crítica severa ao modelo comportamental de prevenção com enfoque em estilos de vida. Aponta para um conceito que se poderia entender como medicina revolucionária (Che Guevara) e para a ênfase, na formação de médicos, a respeito da origem social dos problemas de saú-

5 (3) Carta dirigida aos comentadores.

de. Traz implícita a emergência da classe social como sujeito da análise e a convicção de que a Epidemiologia “crítica” e a Epidemiologia “clássica” têm objetos diferentes. Lembra que Epidemiologia Social é tida internacionalmente como “não hegemônica” e que se esmera em usar categorias próprias em sua construção teórica. Reconhece uma concepção ampliada de trabalho que dificulta a discussão das contradições implícitas na organização da sociedade moderna. Seu desenvolvimento associa-se ao interesse gerado entre os autores marxistas da atualidade.

A questão dos determinantes sociais, mencionados na aula, aponta para uma tradição brasileira ao discutir as políticas públicas de saúde. Mesmo antes de ter sido sistematizada pela Epidemiologia. Até nas Conferências Nacionais de Saúde (anteriores à “oitava”, lembrar que o texto é de 1982), havia menção ao grau de desenvolvimento econômico e social do País que se intrometia na ação política, antes de se tornar objeto de estudo da Epidemiologia.

Capítulo essencial, que intitulamos “A legião de órfãos”, é um comvente depoimento de Ligia Donnangelo de Oliveira Miranda, que descobre no texto da aula e nos comentários que, além de filha de Cecília, faz parte da multidão de admiradores que cultuam seu legado à Saúde Coletiva do País.

