

## ANÁLISE DE ALGUNS MODELOS UTILIZADOS NO ENSINO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS NAS ESCOLAS MÉDICA.

BASES TEÓRICAS

Everardo Duarte Nunes \*

RSPUB9/437

NUNES, E. D. *Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. Bases teóricas.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 12: 506-15, 1978.

RESUMO: São analisados quatro modelos como estratégias no ensino das ciências sociais e em especial da sociologia: a "história natural da doença", o "cuidado integral" a "carreira do paciente" e o "estrutural". São estabelecidas críticas sobre os quatro modelos ressaltando o embasamento teórico que os fundamentam.

UNITERMOS: Medicina Social. Educação médica. Ciências sociais.

### INTRODUÇÃO

A procura de modelos para o ensino das ciências sociais tem sido constante desde que se desenvolveram as primeiras tentativas de incorporação destas disciplinas aos currículos das escolas médicas. De um modo geral, ainda persiste uma grande diversidade nos conteúdos e métodos de ensino dessas disciplinas, como pode ser visto em relação às experiências desenvolvidas nos Estados Unidos (Fletcher<sup>9</sup>, 1974); América Latina (Badgley e Schulte<sup>4</sup>, 1966; Garcia<sup>14</sup>, 1972; Coe<sup>6</sup>, 1975) e no Brasil (Campos e Nunes<sup>5</sup>, 1976), evidenciando que no transcorrer de sua implantação os cursos têm seguido diferentes orientações. Embora esse fato esteja presente, muitos dos cursos de ciências sociais, e especialmente os de sociologia, procuraram centralizar-se em determinados modelos. Neste ensaio a atenção está voltada para uma análise de quatro modelos: "história natural da doença", "cuidado integral", "carreira do paciente" e "estrutural".

#### 1. Modelo da "história natural da doença".

Entre os modelos que receberam grande divulgação como orientador não somente do ensino mas também da pesquisa das ciências sociais, situa-se o da "história natural da doença". Divulgado através dos diversos seminários organizados pela OPS/OMS (Caracas, 1969; Ribeirão Preto, 1970; Campinas, 1970; Buenos Aires, 1971), é descrito em sua forma completa por Garcia<sup>15</sup> (1971).

O modelo tem sua origem no clássico trabalho de Leavell e Clark<sup>20</sup> (1976), no qual a história natural da doença é entendida como compreendendo "todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação

\* Do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Rua Dr. Quirino, 1856 — 13100 — Campinas, SP — Brasil.

ou morte". Neste primeiro paradigma estabelecem-se dois períodos, o pré-patogênico e o patogênico, que caracterizam a história natural da doença. Além deste paradigma, os autores elaboraram um segundo, onde traçam os níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

Ao transpor este modelo para o ensino das ciências sociais, Garcia<sup>15</sup> (1971) complementa-o com um terceiro paradigma que se volta para a conduta em cada uma das fases de medidas preventivas. Assim, tanto a tomada de decisão quanto a execução de medidas preventivas estão relacionadas a fatores que envolvem a profissão médica e a população a quem se destina a ação preventiva, tendo como matriz o contexto econômico, social, político e cultural. O autor justifica a utilização do modelo da história natural da doença por dois motivos: ter sido elaborado pela profissão médica e ser conhecido por esta e que ao descrever o processo saúde-doença permite a incorporação do maior número de variáveis psico-sócio-culturais pertinentes.

A fim de elucidar a extensão do modelo, Garcia<sup>12</sup> (1971) tomou como exemplo a análise das doenças venéreas. Neste trabalho revisa os conhecimentos existentes sobre os fatores psicológicos, sociais e culturais que intervêm na história natural da doença e a influência desses fatores na facilitação e impedimento da aplicação de medidas preventivas. Partindo deste ponto, são colocadas algumas propostas de temas de investigação, não somente com o objetivo de confirmar explicações que não foram testadas, mas também para ampliar os diversos níveis de conhecimento que possibilitassem análises objetivas e generalizáveis. Outras tentativas de aplicar o modelo têm sido descritas, não exclusivamente relacionadas à doença, mas abarcando a área do comportamento. Por exemplo, Snitcovsky<sup>25</sup> (1970) apresenta uma siste-

matização dos conhecimentos sobre o suicídio, colocando-os no esquema preconizado pela história natural da doença. É certo que neste caso, como no das perturbações mentais, os óbices para a transposição do modelo clássico são maiores, embora Leavell e Clark<sup>20</sup> (1976) não tivessem dúvida em afirmar que "Apesar de muitos fatores desconhecidos do agente, hospedeiro e meio ambiente, tanto no período pré-patogênico quanto no período patogênico, as doenças mentais têm histórias naturais do mesmo tipo que as doenças físicas"\*.

Entre as tentativas de utilizar o modelo para o ensino, duas experiências são relatadas, uma desenvolvida na Venezuela (Machado de Palacios<sup>21</sup>, 1971) e outra no Brasil (Cordeiro e col.<sup>7</sup> 1974).

Em ambos os casos os temas ou unidades de ensino são bastante similares. Tomando-se a experiência brasileira, verifica-se que, além de aplicar os conceitos básicos de ciências sociais sobre os fatores da história natural da doença e da conduta frente às medidas preventivas, houve a preocupação de se situar a dinâmica epidemiológica das doenças mais importantes relacionada às características de desenvolvimento do país. Estes elementos conduziriam a uma atitude crítica frente aos problemas de saúde\*\*.

Os aspectos críticos de se adotar o modelo da história natural da doença não passaram despercebidos por Garcia<sup>15</sup> (1971), quando da sua proposta original para o ensino das ciências sociais. Nesse momento, o autor salientava ser a mesma uma "solução transicional na área das ciências sociais" e em trabalho posterior (Garcia<sup>14</sup>, 1972) alertaria para a "adoção indiscriminada" desse modelo, lembrando que as diferenças entre modelos teóricos-científicos, modelos de aplicação e modelos de ensino nem sempre ficaram claramente

\* Análises críticas sobre a extensão do modelo médico às "doenças" mentais podem ser vistas, entre outros, em: Foucault<sup>10</sup> (1968); Szasz<sup>28</sup> (1972); Torrey<sup>29</sup> (1976); Scheff<sup>24</sup> (1971).

\*\* A metodologia científica foi abordada também a fim de sistematizar os conceitos apresentados.

estabelecidos por aqueles que adotaram a história natural da doença, afirmando que este “é um modelo típico para a aplicação de conhecimentos que pode ser empregado como modelo educacional, mas que sob nenhum conceito pode ser utilizado como um modelo científico”.

Em sua análise detalhada da história natural da doença, Arouca<sup>2</sup> (1975) aponta-a como um dos conceitos básicos que seria incorporado pela medicina preventiva a fim de que se procedesse a uma reorganização do conhecimento médico. Nesta reorganização, à estrutura composta pela história natural seria justaposta a estrutura formada pelos níveis de prevenção — na primeira estaria presente a ordenação do conhecimento sobre a saúde e a doença e na segunda a intervenção e o controle. Ponto fundamental da crítica desse paradigma é a naturalização da história, tornando-o ahistórico, assim como a participação do social como fator ligado ao hóspede e ao meio ambiente.

Quando o paradigma é convertido em modelo de aplicação para as ciências sociais, o comentário feito por Arouca<sup>2</sup> (1975) é que continua a ocorrer simplesmente uma “nomeação do social”. Dessa forma, o social não é um elemento explicativo. Conclui afirmando: “Assim, não se pode negar que a história natural da doença não se refira ao social, mas na medida em que o afirma também o nega, pois, não especificando qual a sua determinação retira-lhe o seu conteúdo.”

## 2. Modelo do “cuidado integral”.

Entre os fatores que têm sido assinalados, nos Estados Unidos, como desencadeadores do ensino das ciências sociais e/ou do comportamento, ênfase é colocada no movimento de “cuidado integral”. Segundo a revisão de Reader e Soave<sup>23</sup> (1976), esse movimento que se iniciou nos anos 50 trazia em seus propósitos o ensino dos fatores psicológicos e sociais. Um dos programas pioneiros, levado a efeito na

Universidade de Colorado e relatado por Hammond e Kern<sup>16</sup> (1959), embora questionasse se os cientistas sociais estavam prontos para assumir a responsabilidade de ensino, concluiu que “se o cuidado integral implica um conhecimento de ciências do comportamento, então os estudantes de medicina devem aprender ciências do comportamento como um curso básico”. Do ponto de vista dos fundamentos do cuidado integral tornar-se-ia corrente a noção de que o paciente deve ser visto como um complexo bio-psíquico-social. Ainda que a palavra viesse a ser tomada em sentidos vários, o que visou em grande parte este movimento, do ponto de vista do ensino, foi centrar a atenção do estudante no paciente e não na doença. Era esperado, como afirmam Reader e Soave<sup>23</sup> (1976), “que o estudante viesse a entender o paciente no contexto de sua situação de vida e de seus problemas diários, ao mesmo tempo que aprenderia a reconhecer e a tratar os processos da doença”. A fim de atingir esse objetivo tornou-se importante que se estabelecesse o que seria o campo das chamadas atividades práticas nos cursos de ciências sociais. Os projetos de “clínica de família”, visitas domiciliares e comunitários seriam em muitos casos as vias adotadas pelas escolas médicas para a introdução dos conhecimentos sócio-culturais. Este tipo de envolvimento do estudante viria a ser reproduzido em quase todas as escolas médicas da América Latina no que se denominaram as atividades extra-murais, desenvolvidas junto a grupos de precárias condições sócio-econômicas. As ciências sociais eram assim, como analisa Garcia<sup>14</sup> (1972) reportando-se a Merton, vistas como uma possibilidade de ajudar a compreender e a solucionar o impacto dos fatores ambientais sobre certos grupos marginais da sociedade. Especialmente, segundo Garcia<sup>14</sup> (1972), “os programas de medicina familiar têm sua raiz nesta concepção que, de outro lado, toma como padrão desejável certos valores de classe média e supõe que a experiência com famílias desintegradas ou

marginais pode criar no estudante atitudes de compreensão ou caridade". Atingindo em 1967, 45,0% das escolas latino-americanas, os programas extra-murais, em 18,0%, eram dedicados à medicina familiar, 14,0% à medicina comunitária e 13,0% a uma combinação dessas duas formas.

Os programas que estabeleceram este referencial não se limitaram às atividades práticas e em inúmeros deles tenta-se associá-los com uma parte teórica. Este foi, por exemplo, o caso do curso de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Iniciado em 1965 com um curso exclusivamente teórico-conceitual de ciências sociais, incorporou, posteriormente, atividades práticas ligadas ao levantamento das condições sociais, econômicas e culturais de um bairro periférico da cidade.\*

Embora o paradigma da história natural da doença chegasse a ser utilizado, não constituiu em nenhum momento o referencial geral que abarcasse a estruturação do curso, que esteve sob a rubrica do "cuidado integral". Os objetivos que se colocaram para os cursos sempre estiveram centrados em contribuir para a formação básica do estudante, capacitando-o para a compreensão das relações entre os fatores culturais, psicológicos e sociais na etiologia da doença e das formas em que a sociedade está organizada para tratá-la. As características do cuidado integral aparecem claramente explicitadas quando nesses programas é tomado como pressuposto que os mesmos devem "desenvolver no estudante a visão compreensiva do paciente, do contexto onde se desenrolam as atividades médicas e das pessoas que aí desempenham seus papéis; estimular o estudante de medicina no sentido de que além do paciente individual, considere o ambiente e os grupos sociais como unidades de análise, introduzindo dados psico-sócio-culturais pertinen-

tes ao diagnóstico e tratamento; capacitar o estudante de medicina a compreender a estrutura e organização de diferentes formas de serviços médicos e suas relações com a sociedade onde se inserem".

Pelo enunciado acima depreende-se que as dimensões dadas ao "cuidado integral", como modelo orientador, foram bastante amplas. Isto permitiu que os conteúdos se diversificassem e não ficassem restritos a aspectos microanalíticos (como, por exemplo, relacionamento médico-paciente, comportamento na saúde e na doença, etc.) e avançasse em direção a um nível macroanalítico (análise do sistema de cuidado à saúde, as profissões de saúde, etc.). Não pretendemos com isso afirmar que este enfoque tenha resolvido as questões que se colocam de uma análise que envolve os dois níveis e o fato de se ter partido, em alguns momentos do curso, de uma história individual, não foi bem sucedido. De outro lado, apesar desta reelaboração não se sentiu que esta abordagem tenha trazido maiores contribuições para o desenvolvimento teórico de uma sociologia médica.

Não constitui nossa intenção uma análise detalhada da proposta do cuidado integral, porém dois aspectos merecem algum comentário, quando a mesma é tomada como modelo de ensino. Em primeiro lugar, a pretensão era que se caminhasse para uma integração do conhecimento médico, ao qual se juntariam os aspectos advindos das ciências sociais. Sabe-se que, pelas próprias características do currículo médico, esta integração não se efetivou e o cuidado integral, no melhor dos casos, ficou restrito como um posicionamento daqueles departamentos que se sensibilizaram pela idéia. Entre nós, em sua maioria, foram os departamentos de medicina preventiva que divulgaram a proposta, que de maneira bastante irregular foi seguida por alguns departamentos de pediatria, tocoginecologia

\* Cursos ministrados: 1965 — curso teórico; 1966 ao 1º semestre de 1969 — curso teórico e parte prática com o estudo de famílias; 2º semestre de 1969 e 1970 — curso teórico e parte prática com a observação no hospital-escola; 1971 — curso teórico e parte prática através de pesquisas de campo; 1972 em diante — curso teórico sem parte prática.

e clínica médica. Em resumo, a não incorporação da idéia ao curso médico é fato conhecido. Em segundo lugar, embora os estudantes se entusiasmassem com um programa extra-mural, isto ficava circunscrito a um determinado momento de sua formação e seus resultados, entre nós, são difíceis de serem avaliados. Os programas norte-americanos, conforme Reader e Soave<sup>28</sup> (1976), "demonstraram que o ensino pode ser feito, mas ele tende a ter um efeito de curta duração sobre as atitudes dos estudantes". Consequentemente, as vantagens de um ensino fora dos limites do hospital-escola continuaram a ser apreoadas, mas nada ou muito pouco se alterou nas estruturas das instituições de ensino para que se efetivasse um programa de maior repercussão, a não ser pequenos projetos envolvendo comunidades como laboratórios de ensino, que se esforçaram para demonstrar as possibilidades e as potencialidades de uma medicina integral.

A proposta do cuidado integral permaneceu, em larga medida, ao nível de uma formulação genérica e teórica, que pode ser comprovada quando se analisa o trabalho de Harper<sup>17</sup> (1973) na proposição de um paradigma das habilidades gerais para o cuidado integral centrada nas tarefas clínicas.

Evidentemente não questionamos a validade de uma proposta inovadora, como foi a do cuidado integral, em direção a uma prática médica diferente. O que deve ser salientado neste momento refere-se às barreiras que afetariam as suas possibilidades. Estas não seriam somente curriculares, mas da estrutura e organização do sistema de saúde. A definição dada por Weirnerman<sup>30</sup> (1971) evidencia que o cuidado integral envolve uma complexidade maior do que unicamente a personalização no trato do paciente, pois como define o autor:

"O cuidado integral requer a *provisão organizada* de serviços de saúde a grupos de famílias, incluindo *todo* um espectro de serviços, desde a prevenção até a reabilitação, *continuidade* de cuida-

do para o indivíduo, ênfase sobre os aspectos pessoais e sociais da doença, uso do conceito de *equipe de saúde* com responsabilidade pessoal para cada paciente e *coordenação* dos diversos elementos da prática médica científica moderna, *financiados* de tal forma de que *não existam barreiras econômicas* para a utilização de *todos* os serviços necessários". (os grifos são nossos).

### 3. Modelo da "carreira do paciente"

Outro modelo que tenta esquematizar as possibilidades de um curso de sociologia médica foi elaborado por McKinlay<sup>22</sup> (1971). Este modelo toma como marco de referência o conceito de "carreira do paciente" e coloca em uma seqüência natural os vários estágios pelos quais passa um indivíduo com um episódio de doença. Segundo o autor, "a estratégia da 'carreira do paciente' começa com a concepção e distribuição da saúde e da doença na sociedade, prossegue através do encaminhamento, utilização, a condição de paciente e o papel de doente nas várias situações terapêuticas organizadas, e conclui logicamente com a reabilitação ou morte". Através desta ordenação, que é iniciada em um nível bastante geral, pretende-se atingir áreas mais específicas da sociologia médica. Nesta estratégia, cada área é "exponencialmente ligada a outra", constituindo-se em pré-requisito para a seqüência adotada, embora fique ressaltado que "cada passo ou área na carreira do paciente possa ser considerada como analiticamente distinta e responsável para consideração mais detalhada e separada (talvez em um momento posterior)".

A elaboração deste modelo partiu da consideração que existem sete dificuldades para organizar o conteúdo da sociologia no currículo da escola médica: 1) falha na identificação das necessidades, da especificação dos objetivos e dos planos da escola médica; 2) falha em distinguir as perspectivas individuais (especialmente a medicina clínica) e grupais (referentes às ciências

sociais); 3) falha em distinguir a audiência — a que estudantes o ensino se dirige; 4) falha de não tomar em conta a época do ensino; 5) falha no fornecimento de um esquema de referência teórico; 6) problema de omitir áreas importantes; 7) problema de tentar abranger muitos aspectos. Frente a essas questões, o autor argumenta que as vantagens desse curso se situam no fato de permitir que a sociologia médica seja seccionada em partes que podem ser manipuladas e, de outro lado, que as partes sejam relacionadas umas às outras de uma forma relativamente sistemática. A desvantagem é a de sugerir uma ordenação e coerência no campo da sociologia médica, que em realidade ainda não existe. Além disso, para McKinlay, as deficiências se estendem ao fato de se omitir neste curso a organização e o funcionamento do serviço de saúde e dos sistemas comparativos de atenção médica. Uma segunda omissão refere-se a aspectos da metodologia sociológica, que não são incluídos, e finalmente não tratar a saúde mental dentro dos tópicos que são relacionados.

Sem dúvida, a contribuição importante do trabalho de McKinlay situa-se em chamar a atenção para as dificuldades inerentes à programação de um curso de sociologia, e, mesmo que não necessariamente todas estejam presentes em cada caso da elaboração de um programa, individualmente são relevantes. Não se pode, porém, afirmar categoricamente que o esquema proposto resolva os dilemas entre a visão biológica e sociológica do paciente. Tentando adaptar-se às exigências do curso médico, o curso proposto desenvolver-se-ia de forma expositiva e, ainda que calçado no paciente, não faz referência a alguma forma prática de colocar os estudantes em contato com o mesmo. Interessante ainda que o autor coloca como uma das vantagens do curso ser o mesmo “essencialmente individualista”, o que segundo ele diferencia a contribuição da sociologia daquela precedente da medicina social. Como a pretensão do autor era “sensibilizar os es-

tudantes para a perspectiva sociológica (como distinta da psicológica ou antropológica)”, parece-nos ser a afirmação acima contraditória, não fornecendo um esquema integral das inúmeras possibilidades que a sociologia pode oferecer em relação à saúde.

#### 4. 'O modelo "estrutural"

A emergência deste modelo tem suas raízes nas críticas que se estabeleceram em torno de uma sociologia médica assentada essencialmente em uma teoria funcionalista. Estas críticas que podem ser encontradas em Gaete Avaria e Tapia Porta<sup>11</sup> (1970); Garcia<sup>12</sup> (1972); OMS/OPS<sup>3</sup> (1974), consideram que a teoria funcionalista teria levado a uma visão estática e formalista dos problemas médicos, à minimização de áreas importantes de estudos, privilegiando análises circunscritas desvinculadas da estrutura social. Em conseqüência, “um marco teórico alternativo deve formular-se baseando-se em fundamentos científicos que ajudem a 'problematizar' os conhecimentos dados — o que de fato configura uma situação de mudança” (OMS/OPS<sup>3</sup>, 1974). Ao centrar as investigações em termos de mudança, como processo histórico, das tradições internas da realidade e permitindo a análise tanto de níveis específicos como de níveis estruturais e as relações entre ambos, abrir-se-iam as possibilidades de entender o processo saúde-doença e da prática médica no contexto da sociedade global. É lógico que não se descarta o exame da saúde como um valor, uma função e um serviço, mas estes aspectos não são vistos em abstrato ou simplesmente descritos.

Esta proposta não está formalizada em termos de um modelo de ensino, mas se considerarmos que a elaboração desse modelo pressupõe coordenadas teóricas, algumas sugestões nessa direção, como temas para discussão, são apresentadas. Garcia<sup>13</sup> (1972), por exemplo, sugere: 1) o reconhecimento da articulação dinâmica e histórica entre medicina e estrutura social;

2) a influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; 3) a análise da estrutura interna da produção de serviços; 4) a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico.

#### COMENTARIOS E CONCLUSÕES

Os modelos apresentados neste ensaio não pretendem esgotar as possibilidades e a existência de outros modelos. Porém, parece-nos que os quatro modelos fornecem elementos para o estabelecimento de algumas reflexões que são pertinentes às orientações no ensino da sociologia médica.

1. Os quatro modelos partem de diferentes marcos referenciais. O primeiro centrado no processo saúde-doença, com ênfase particular nos condicionamentos sociais, culturais e psicológicos do comportamento individual frente ao problema da saúde e da doença; o segundo, num conceito genérico, através do qual poder-se-ia compreender e tratar o paciente dentro de uma visão holística, integrando os componentes médicos, psicológicos e sociais; o terceiro, uma variante dos dois primeiros, particularizando o paciente; e o quarto, um modelo macroanalítico no qual sobressaem as articulações entre medicina e sociedade. Vistos sobre outro prisma, os três primeiros enfatizam o modelo médico, enquanto o último ressalta o social. Poder-se-ia argumentar que nos três primeiros o social está presente. Realmente isto ocorre, porém o social ou é um revestimento do modelo básico ou é uma das categorias que se anexam ao modelo. Em ambos os casos aparece mais como um elemento descritivo do que explicativo. Mesmo a nível descritivo, não alcança teor de "explanação descritiva" que se traduziria naquela espécie de conhecimento que, segundo Fernandes<sup>8</sup> (1957), se caracteriza pela "capacidade de descrever de modo unívoco e sintético as condições concretas de produção dos fenômenos sociais e de explicá-los

tendo em vista as variáveis que operam através delas". Dessa forma, grande parte da literatura que serve de embasamento a esses modelos refere-se a investigações que pretendem realizar uma análise descritiva, mas que em realidade faz uma decodificação do social, sendo bastante pobre em termos de explanação descritiva. O que se observa, em decorrência, é o uso generalizado de indicadores e índices, na tentativa de operacionalizar conceitos sociológicos para "explicar" as relações do social com a saúde. Bastante freqüente é a utilização de variáveis operacionais no trato com os conceitos de classe, estratificação e estrutura social. Num processo de reificação, deixam de ser conceitos para se tornarem operações.\*

De outro lado, ao privilegiar uma abordagem que toma como foco o "problema medicamente definido", esses modelos, se adotarmos a clássica distinção de Straus<sup>27</sup> (1957) em sociologia *na* medicina e sociologia *da* medicina, aproximam-se da primeira categoria. Isto porque esses modelos buscariam suplementar o conhecimento médico com o conhecimento sociológico, a fim de encontrar soluções para os problemas médicos. No caso de uma sociologia *da* medicina, a questão que se coloca é a de abordar a medicina como instituição social, aplicando-lhe a mesma abordagem sociológica que se faz em relação a outras instituições e organizações. Estas duas situações foram claramente evidenciadas por Illsley<sup>18</sup> (1964) ao estabelecer as duas alternativas que se colocam à sociologia na área da saúde. Uma abordagem essencialmente médica, começando com os conceitos e problemas médicos e relacionando-os com fatores sociais até chegar a uma discussão generalizada de conceitos sociológicos; outra, partindo de um esquema de referência sociológico. No primeiro caso, as desvantagens para o sociólogo seriam a de tornar a discussão "dispersa, repetitiva e inconclusiva", pois

\* Sobre a questão conceitual de classes sociais e os critérios de mensuração ver Aguiar<sup>1</sup> (1974) e Stavenhagen<sup>26</sup> (1973).

como afirma Illsley<sup>18</sup> (1964) “muitos problemas médicos diferentes levam ao mesmo conceito sociológico”. Embora alertando sobre as desvantagens que teria para o médico a situação inversa, ou seja, uma discussão extensa de, por exemplo, classe social correlacionada à medicina levar diretamente a muitos problemas de saúde e da prática médica, o autor aponta que “Se manipulada habilmente, entretanto, a abordagem sociológica tem vantagens reais no treinamento de estudantes de medicina; ela pode ser o meio de integrar em um sistema unificado de pensamento muitas peças dispersas de informação, achados de pesquisas que o estudante encontra em cada uma das subdivisões clássicas de seu treinamento”.

2. Em todo este trabalho procuramos enfatizar a questão dos fundamentos que orientam os modelos de ensino, e acreditamos ter deixado clara a necessidade de que os seus marcos teóricos sejam tomados com seriedade. Porém, o sucesso da implementação do ensino da sociologia apresenta outros dilemas. Alguns pontos já foram levantados quando da apresentação do modelo da “carreira do paciente”, mas, como foi muito bem posto por Jefferys<sup>19</sup> muitas são as barreiras a serem transpostas. Não obstante ter sido a sua análise escrita em relação ao ensino na Grã-Bretanha, a abordagem não se restringe àquela situação. Para a autora as barreiras referem-se àqueles fatores que refletem: 1) a influência da estrutura e foco do sistema de atenção à saúde; 2) a influência da estrutura de poder dentro da escola médica; 3) a influência da cultura do estudante de medicina; 4) a influência dos cientistas sociais. No primeiro fator incluem-se a especialização da prática médica, prática e serviços baseados no hospital e ênfase no conhecimento das ciências biológicas e em um *armamentarium* médico altamente sofisticado.

A influência da escola médica estaria presente não somente em termos da seleção do estudante, mas da organização do currículo com sérios preconceitos em relação às ciências sociais. A influência da cultura do estudante de medicina manifestar-se-ia através da sua origem sócio-econômica e do seu preparo prévio como fontes de resistência ao ensino das ciências sociais. O último aspecto, a influência dos cientistas sociais, decorre da sua posição ora como contratado pelas escolas médicas, ora como pertencentes aos departamentos de suas disciplinas na universidade. Para esta questão não se tem ainda uma resposta definitiva, mas a experiência na Inglaterra e nos Estados Unidos parece evidenciar que as escolas médicas que têm empregado cientistas sociais para a docência têm tido resultados melhores. Jefferys ressalta que o interesse e aceitação desse ensino tanto por parte dos estudantes como do corpo docente estão diretamente relacionados às habilidades do educador. Neste particular, parte do sucesso do curso seria decorrente da forma que assume o contato entre professor e aluno, quando o processo de ensino se transforma em uma experiência compartilhada.

Em resumo, o que procuramos situar nos dois aspectos destas conclusões diz respeito não somente à questão da elaboração de um modelo, mas de alguns problemas que configuram a situação de ensino. Quanto à primeira, achamos que o ponto básico é o de um modelo que encontre suas orientações no interior da própria disciplina, buscando defini-lo de forma independente e com bases na teoria sociológica. Com este ponto de partida, e equacionando-se nos termos da realidade no qual será inserido, o modelo de ensino, além dos objetivos específicos a que se propõe, poderá se converter em fonte inspiradora para a pesquisa e teoria em sociologia médica.

NUNES, E. D. [Analysis of some paradigms used in the teaching of the social sciences in medical schools theoretical frameworks.] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 12:506-15, 1978.

ABSTRACT: Four paradigms that are used in teaching the social sciences in medical schools are reviewed: natural history of disease, comprehensive care, the patient's career, and the structural paradigms are analyzed. Criticism of the four paradigms is made and the theoretical framework of each is stressed.

UNITERMS: Social medicine. Education, medical. Social sciences.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, N. Hierarquias em classes: uma introdução ao estudo da estratificação social. In: Aguiar, N., org. *Hierarquias em classes*. Rio de Janeiro, Zahar, 1974. p. 13-50.
2. AROUCA, A. S. da S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Campinas, 1975. [Tese de doutoramento — Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP]
3. ASPECTOS teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina: informe preliminar da Reunião sobre o Ensino das Ciências Sociais nas Faculdades das Ciências da Saúde, Cuenca, Equador, 1972. *Educ. méd. Salud*, 8:354-9, 1974.
4. BADGLEY, R. F. & SCHULTE, M. Social science teaching programs in Latin American medical schools. *Milbank mem. Fd Quart.*, 44:187-97, 1966.
5. CAMPOS, R. Z. & NUNES, E. D. O ensino das ciências sociais nas escolas profissionais da área da saúde no Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10:383-90, 1976.
6. COE, R. M. Teaching behavioral sciences in schools of medicine: observations on some Latin American schools. *Soc. Sci. Med.*, 9:221-5, 1975.
7. CORDEIRO, H. et al. Evaluación de un curso de ciencias sociales aplicadas a la salud: efectos sobre las actitudes de estudiantes del primer año de medicina ante los aspectos preventivos y sociales de la medicina. *Educ. méd. Salud*, 8:56-75, 1974.
8. FERNANDES, F. *Fundamentos empíricos da explicação sociológica*. São Paulo, Ed. Nacional, 1959.
9. FLETCHER, C. R. Study of behavioral science teaching in schools of medicine. *J. med. Educ.*, 49:188-9, 1974.
10. FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1968.
11. GAETE AVARIA, J. & TAPIA PORTA, T. Ciencias sociales: una discusión acerca de su enfoque en medicina. *Cuad. méd. soc.*, 2(11):32-7, 1970.
12. GARCIA, J. C. Aspectos psicologicos, sociales y culturales de las enfermedades venéreas. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 70:79-94, 1971.
13. GARCIA, J. C. Las ciencias sociales en medicina. [apresentado ao 23º Congreso Internacional de Sociología, Caracas, Venezuela, 1972 — mimeografado]
14. GARCIA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1972. (OPAS — Publ. cient., 255).
15. GARCIA, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ. méd. Salud*, 5:130-50, 1971.

16. HAMMOND, K. R. & KERN Jr., F. *Teaching comprehensive medical care: a psychological study of a change in medical education*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1959.
17. HARPER, A. C. Towards a job description for comprehensive health care: a framework for education and management. *Soc. Sci. Med.*, 7:291-301, 1973.
18. ILLSLEY, R. Book reviews. *Milbank mem. Fd Quart.*, 42:105-13, 1964.
19. JEFFERYS, M. Social science teaching in medical education: an overview of one situation in Great Britain. [mimeografado]
20. LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
21. MACHADO DE PALACIOS, Y. La enseñanza de las ciencias sociales en los estudios médicos. *Educ. méd. Salud*, 5:297-322, 1971.
22. MCKINLAY, J. B. The concept "patient career" as a heuristic device for making medical sociology relevant to medical student. *Soc. Sci. Med.*, 5: 441-60, 1971.
23. READER, G. G. & SOAVE, R. Comprehensive care revisited. *Milbank mem. Fd Quart.*, 54:391-414, 1976.
24. SCHEFF, T. J. *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago, Aldine-Atherton, 1971.
25. SNITCOVSKY, M. História natural do suicídio. [apresentado no Seminário sobre Metodologia da Investigação nas Ciências Sociais, Campinas, 1970 — mimeografado]
26. STAVENHAGEN, R. Estratificação social e estrutura social. In: Guilherme Velho, O. et al., org. *Estrutura de classes e estratificação social*. Rio de Janeiro, Zahar, 1973. p. 133-70.
27. STRAUS, R. The nature and status of medical sociology. *Amer. sociol. Rev.*, 22:200-4, 1957.
28. SZASZ, T. *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. London, Paladin, 1972.
29. TORREY, E. F. *A morte da psiquiatria*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
30. WEINERMAN, R. apud VAYDA, E. The hospital and the health care system: comprehensive health care services. — [apresentado no Long Range Planning Seminar, Philadelphia, Pa., 1971].

Recebido para publicação em 27/06/1978

Aprovado para publicação em 09/08/1978