

---

# Ciências Sociais e Saúde no Brasil: Três Décadas de Ensino e Pesquisa<sup>1</sup>

Ana Maria Canesqui<sup>2</sup>

---

**Resumo:** Este texto aborda a especificidade das Ciências Sociais e Saúde, no âmbito da Saúde Coletiva, enfatizando dimensões de sua institucionalização, o perfil de seus profissionais, o ensino e a produção científica, durante as três últimas décadas no Brasil. Identifica, em cada um dos aspectos analisados, as suas principais características, conteúdos, os problemas e perspectivas para o maior incremento daquela área.

**Palavras-chave:** Ciências Sociais e Saúde; Institucionalização; Perfil dos profissionais; Ensino; Produção científica

**Summary:** The paper focus on the specificity of the Social Sciences in the field of Collective Health. It reviews Social Sciences and Health institutionalization, the outlines of the professionals involved in the field, the teaching and the scientific production of these disciplines over the last three decades in Brazil. It discusses in each subject its main characteristics, contents and problems, and the prospects for an enhanced role of Social Science in the field of Collective Health.

**Keywords:** Social Sciences and Health; Institutionalization; Professionals outlines; Teaching; Scientific production.

---

## Introdução

A tentativa de circunscrever a especificidade das Ciências Sociais no campo da Saúde, através de um perfil de seus profissionais, inscritos no campo biomédico e da Saúde Coletiva/Saúde Pública, e de analisar sua penetração no ensino e pesquisa, durante as três últimas décadas, soma-se aos esforços das Comissões e Grupos de Trabalho consti-

tuídos no âmbito da ABRASCO de discutir as distintas áreas de conhecimento que compõem a Saúde Coletiva.

As Ciências Sociais e Saúde não configuraram um campo autônomo de conhecimento, desvinculado das Ciências Sociais, embora referidas a ampla e especializada temática, que perpassa os temas relativos à saúde,

---

<sup>1</sup> O presente texto resume trabalho anterior, substancialmente mais extenso, visando compatibilizar o trabalho da Autora com as normas da revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

<sup>2</sup> Professora Convidada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Professora Visitante do Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Mato Grosso.

doença, vida e morte e aos distintos saberes e práticas socialmente organizados para o seu enfrentamento. Cabe reconhecer que os fenômenos relativos à saúde engendram reflexões mais amplas sobre os processos sociais, políticos e econômicos, a cultura e a sociedade. Da mesma forma, a garantia da preservação, manutenção e recuperação da saúde dos cidadãos, converteu-se, ao longo dos processos históricos das sociedades específicas, em questão social e objeto de intervenção ou regulação do Estado, interessando aos distintos segmentos sociais.

A institucionalização daqueles saberes, no Brasil, teve lugar basicamente a partir da década de 70, mantendo especificidades em relação à institucionalização das Ciências Sociais no país. Seus intelectuais se envolveram na interlocução com a biomedicina e a Saúde Pública/Saúde Coletiva/Medicina Social, campos estranhos à vocação de corte disciplinar das Ciências Sociais.

No período situado entre o Pós-Guerra e a primeira metade da década de 60, as Ciências Sociais no campo biomédico e sanitário difundiram-se de forma restrita nos países latino-americanos. A orientação então dominante era a do modelo das Ciências da Conduta, marcadas pelos enfoques culturalista e comportamental, e sob influência norte-americana, abarcando a saúde pública, a extensão agrícola e a educação, e reunindo a contribuição das diversas Ciências Sociais (a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia Social). A sua introdução no campo da saúde foi parte do processo de reformulação do ensino médico, mediante a inclusão do ensino da Medicina Preventiva e Integral, desde a década de 50. Procurava-se então corrigir as distorções da medicina individualizada e reordenar a prática médica, no nível da prática clínica.

A via das Ciências da Conduta ou da investigação epidemiológica, que acompanhavam, respectivamente, a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, descentravam o enfoque estritamente biológico do processo saúde-

doença. Incorporaram a complexidade biopsico-social do indivíduo e sua inclusão nas relações familiares (na Medicina Integral). Por sua vez, o processo saúde-doença no seu campo ecológico e social, detectado através de uma história natural (na Medicina Preventiva), passou a ser analisado através de suas dimensões sociais e culturais, ainda que a partir de concepções restritas. Esses modelos seriam substituídos, no decorrer da década de 70, por outras propostas de reforma médica (Medicina Comunitária) e pelo esboço de um projeto oriundo do movimento sanitário brasileiro. No plano do conhecimento, recusando os pressupostos das Ciências da Conduta, desenvolviam-se análises totalizantes, tomando como objeto as relações entre a prática médica, a estrutura e a dinâmica da sociedade capitalista e periférica; a natureza da intervenção do Estado na política de saúde; o trabalho e as instituições médicas; a determinação social do processo saúde-doença; incluindo especialmente as contribuições da Sociologia e da Economia Política.

A maior expansão do ensino das Ciências Sociais e Saúde é tributária da Reforma Universitária de 1968, mediante as exigências do currículo mínimo de Medicina, que previa a incorporação de conteúdos referentes à organização da prática médica e da administração dos serviços de saúde. Esta reforma reorganizou as instituições universitárias, instituindo os departamentos e rompendo com a estrutura das cátedras, além de ter propiciado a expansão das escolas médicas.

A inclusão das Ciências Sociais no ensino e na pesquisa do campo da saúde beneficiou-se também da expansão das políticas de pós-graduação e de ciência e tecnologia, assim como dos movimentos de reativação da Saúde Pública e de reformulações na política de saúde sob a égide do Estado, cujo padrão tradicional (centralizado, privatista, hospitalocêntrico, dicotomizado entre ações preventivas e curativas, fragmentado institucionalmente) começava a se esgotar.

A institucionalização da Saúde Pública no país abriu, por sua vez, seus saberes e práticas a uma interlocução mais estreita com as Ciências Sociais, ainda que dentro de expectativas bastante instrumentais e de certa forma conflitantes com sua vertente mais crítica.

Cabe mencionar também as influências internacionais que, em diferentes momentos, contribuíram para a redefinição dos saberes e das práticas biomédicas e sanitárias. De um modo geral, os modelos de ensino e pesquisa em Ciências Sociais difundidos por alguns organismos internacionais se revelavam distanciados dos parâmetros críticos sobre o desempenho da Medicina no modo de produção capitalista, em suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas, bem como entre saúde e sociedade, esboçados na constituição da Sociologia da Saúde ou da Medicina Social, desenvolvidas no Brasil, desde a primeira metade da década de 70, e que mereceram apoios da Organização Panamericana da Saúde e da Fundação Kellog.

O processo de institucionalização das Ciências Sociais e Saúde sofreu ainda a força das injunções de natureza político-ideológica e dos vários interesses envolvidos nas idéias e saberes por elas produzidos. No âmbito da Saúde Coletiva a interlocução com as Ciências Sociais tem sido permanente e interessante. O recurso aos seus conhecimentos permeia os campos disciplinares do Planejamento e da Gestão dos Serviços de Saúde, da Epidemiologia, da Saúde Ambiental e do Trabalho.

Com componente do processo de institucionalização agrega-se as diferentes características e capacidades institucionais e dos intelectuais inscritos na produção do conhecimento e no ensino. É a partir deste quadro que efetuamos um balanço da inserção das Ciências Sociais no ensino e na pesquisa, onde mais visivelmente elas se institucionalizaram no campo da saúde e, particularmente, no âmbito da Saúde Coletiva, sendo resi-

dual seu papel junto às instituições prestadoras de serviços de saúde.

À medida em que buscamos ressaltar a especificidade daqueles saberes na sua interlocução com a Saúde Coletiva enfatizamos apenas uma parcela da produção de conhecimento sobre as questões da saúde, uma vez que é crescente a especialização temática das Ciências Sociais nos seus *loci* institucionais básicos.

### **1. O Perfil dos Cientistas Sociais Dedicados à Saúde**

A rede de especialistas dedicados às Ciências Sociais é, hoje, bastante mais densa do que no passado, quando raros antropólogos, inseridos ou não em instituições prestadoras de serviços de Saúde Pública, produziram, pontualmente, *surveys* ou estudos de comunidade, que subsidiavam as intervenções sanitárias de médicos e educadores de Saúde Pública, a partir dos anos 40. Estes profissionais participaram da formação multidisciplinar de sanitaristas ou de educadores em saúde pública em algumas instituições de ensino, tais como a Faculdade de Saúde Pública (FSP), da Universidade de São Paulo, e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da FIOCRUZ.

Mesmo sem dispor de um registro abrangente, é possível traçar o seu perfil quanto ao seu volume, suas distribuições regional e institucional, formação acadêmica, tempo de trabalho e atividades às quais se dedicavam. O dimensionamento quantitativo e contextualizado dessas características acabaram desenhando os contornos do desenvolvimento das Ciências Sociais e saúde no Brasil, durante as três últimas décadas.

Nossas informações basearam-se no "Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde" (ABRASCO, 1995), que os identificou, primeiramente, em diversas instituições e, posteriormente, durante os eventos científi-

cos de Saúde Coletiva, realizados no início da década de 90, e durante o I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde – Belo Horizonte, 1993. O Catálogo compreende os profissionais ligados às atividades de prestação de serviços de saúde, ensino ou pesquisa, com formação graduada ou pós-graduada nas várias Ciências Sociais e Humanas.

Foram identificados 158 profissionais (**Quadro I**), dos quais 88% concentravam-se na região Sudeste, que dispõe de maior densidade, capacidades institucionais e de produção em ciência e tecnologia na área da saúde (Guimarães, 1994). Nessa região, destacaram-se os indivíduos procedentes dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, com, respectivamente, 39,5% e 31,5% do total de profissionais, seguidos dos oriundos do Estado de Minas Gerais, somando 17,0% do total.

O Nordeste respondeu por 6,5% do conjunto, sediados nos Estados da Bahia e Rio Grande do Norte. A região Sul concentrava 5,0% dos profissionais. A região Centro-Oeste, era representada apenas pelo Distrito Federal, com 0,5% indivíduos, e não se registrou a presença da região Norte. A grande maioria deles trabalhavam no setor público, em todas as regiões.

Quanto às origens institucionais dos especialistas (**Quadro I**), destacaram-se, no Estado do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e, no seu âmbito, a ENSP, a Casa de Oswaldo Cruz e algumas unidades administrativas e núcleos de pesquisa, absorvendo 24,6% do total registrado.

Embora os dados não contemplem a dinâmica da inclusão dos cientistas sociais nas instituições, é provável que a reativação daquela Fundação, na década de 1970, junto com sua reorganização, através de núcleos e centros de pesquisa, durante a década de 80, ao lado de sua importância na formação de especialistas de saúde pública no nível de pós-graduação (*lato sensu e stricto sensu*), tenham favorecido a sua maior presença.

Os demais profissionais do Estado do Rio de Janeiro, somando 14,8% do total, distribuíam-se em três instituições acadêmicas e em poucas prestadoras de serviços de saúde, com 6,5% do total no Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ). Essa instituição vem acumulando experiência no ensino de graduação médica e de pós-graduação em Saúde Coletiva, desde o início da década de 70, mediante a criação do seu programa de mestrado e, posteriormente, de doutorado, com várias áreas de concentração, dentre elas, a de Ciências Humanas e Saúde, num processo de aprofundamento e consolidação. As demais instituições acadêmicas (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade do Rio de Janeiro) possuíam pequenas proporções de cientistas sociais, isto é, 4,5% do total, assim como outras instituições federais e municipais de saúde neste Estado.

No Estado de Minas Gerais, a Universidade Federal de Minas Gerais dispunha sozinha de 14,0% dos profissionais, majoritariamente no Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Nutrição e outros departamentos de ensino, incluindo o Departamento de Sociologia. Há uma visível capacidade institucional dessa Universidade na formação e pesquisa em Saúde Coletiva, evidenciada na organização de núcleos. O fato do I Encontro de Cientistas Sociais da Saúde ter sido realizado em Belo Horizonte certamente facilitou a inclusão de cientistas sociais daquele Estado no Catálogo.

Apesar do Estado de São Paulo ocupar posição destacada quanto à participação de cientistas sociais, a sua distribuição se dispersava em várias instituições universitárias, institutos de pesquisa e, residualmente, nas instituições prestadoras de serviços de saúde.

A Universidade de São Paulo ocupava posição relativa, com 10,0% do total, especialmente na Faculdade de Saúde Pública. Essa instituição é a mais antiga na formação de sanitaristas, nos seus diferentes níveis de ensino e para diferentes profissionais de saúde.

de. Outras unidades de ensino e pesquisa, dentre elas, os Departamentos de Medicina Preventiva e de Sociologia daquela Universidade somavam apenas 2,5% daqueles profissionais. Proporção reduzida de indivíduos estava, respectivamente, presente na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e na Universidade do Estado de São Paulo, nos seus departamentos de Medicina Preventiva e Social ou de Ciências Sociais. A UNICAMP contava com cientistas sociais também no Departamento de Obstetrícia e em Núcleos de Pesquisa (População e Políticas Públicas).

Ressalte-se que o Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP acumula experiências, desde a segunda metade da década de 60, quando foi criado, nos cursos de graduação para médicos e enfermeiros, especialização em Saúde Pública, Residência Médica e Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Saúde Coletiva, incluindo em todos esses cursos, disciplinas específicas de Ciências Sociais e Saúde, mesmo contando com restrito número de cientistas sociais (2,0% do total de profissionais). Bastante restrita era a posição de outras instituições como a Escola Paulista de Medicina e a Faculdade de Medicina da Santa Casa, cada uma delas com 1,3% do total, nos seus Departamentos de Medicina Preventiva e Social.

Os departamentos de Medicina Preventiva das escolas médicas foram os primeiros a incluir as Ciências Sociais na graduação médica, estendendo em alguns casos à formação de outros profissionais de saúde (enfermeiros e odontólogos) e à residência médica, particularmente durante a década de 70. Desde a década de 80, as Ciências Sociais passaram a contribuir na formação de médicos sanitários e do trabalho, e a desempenhar um papel maior na formação de profissionais de saúde ligados às instituições prestadoras de serviços de saúde.

Somavam-se a essas atividades, desde o início da década de 70, a presença das Ciên-

cias Sociais nos programas de Mestrado e Doutorado dos Departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, dos *campi* de Ribeirão Preto e São Paulo, e da Faculdade de Saúde Pública, sem, no entanto, constituir áreas de concentração nesses cursos.

Os dados disponíveis no **Quadro I** demonstram ainda a presença de cientistas sociais, no Estado de São Paulo, junto aos centros governamentais de pesquisa, fazendo com que somente a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAPE) respondesse por 6,5% do total registrado.

No Nordeste, a Universidade Federal da Bahia (UFBA), no seu Instituto de Saúde Coletiva, a Universidade do Sudeste da Bahia e a Universidade Estadual de Feira de Santana congregavam 3,2% dos profissionais registrados. O Instituto de Saúde Coletiva da UFBA acumula grande experiência em pesquisa e ensino em todos os níveis da formação de profissionais de saúde, incluindo, desde o início da década de 1970, a capacitação para o mestrado em Saúde Comunitária e, desde o fim da década de 1980, o doutoramento em Epidemiologia, contando com apenas 2,0% do total de cientistas sociais registrados. Observou-se situação similar no Estado do Rio Grande do Norte, com 1,9% do total, especialmente na Universidade Federal.

Nos Estados da região Sul, as universidades absorvem poucos cientistas sociais, com 1,3% do total na Universidade Federal de Santa Catarina – no Curso de Mestrado em Enfermagem e no Departamento de Sociologia –, e 1,9% estavam no Estado do Rio Grande do Sul, na Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente. Era também reduzida a proporção daqueles profissionais no Estado do Paraná, vinculados aos Departamentos de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal ou da Estadual de Londrina.

Na região Sul há dois programas de mestrado, criados na década de 1990. Um deles está na Universidade de Pelotas, volta-

do para a área de Epidemiologia e outro na Universidade Estadual de Londrina, ambos sem área de concentração em Ciências Sociais. Na Região Centro-Oeste, identificou-se um único cientista social no Ministério da Saúde. Existe, sem dúvida, parcialidade nos dados do Catálogo, pois há escolas médicas naquela região, e cursos de mestrado e doutorado em Saúde e Ambiente na Universidade Federal do Mato Grosso e mestrado em Mato Grosso do Sul, com área de concentração em Saúde e Sociedade ou disciplina no *curriculum*.

À medida que, na presente década, vêm sendo criados novos cursos de pós-graduação, e consolidam-se os mais antigos, ampliam-se as demandas ao trabalho especializado de cientistas sociais, comportando maior competência e capacitação, cujo atendimento adequado evitará incorrer nas improvisações do passado, quando as Ciências Sociais eram ministradas de forma ideológica ou guiadas pelo senso comum.

Quanto à formação obtida pelos cientistas sociais em saúde, no nível de graduação, predominaram expressivamente as Ciências Sociais e Humanas em 120 (73,0%) dos declarantes. Exceto os 27 (16,45%) indivíduos que não notificaram os seus títulos, os demais ligavam-se aos campos de conhecimento relacionados ou não às Ciências Biomédicas, incluindo a medicina, enfermagem, economia, arquitetura, farmácia, bioquímica e terapia ocupacional. Cento e dezenove profissionais (69,1%) obtiveram os graus de mestre e doutor, nas respectivas proporções de 35,5% e 33,6%, enquanto 11 (7,0%) freqüentaram algum curso de especialização e apenas 4 (2,3%) eram livre-docentes. Os demais não declararam os títulos acadêmicos obtidos. Os 40% dos profissionais titulados, nos graus de mestrado e especialização, requerem formação no nível de doutoramento. Impõe-se, portanto, a necessidade de ampliar a qualificação desta parcela de profissionais, que em sua maioria dedica-se ao ensino e pesquisa.

As Ciências Sociais e Humanas compunham as áreas de titulação de 71 (42,1%) daqueles que obtiveram os graus de mestre e doutor, dos quais 26 (15,3%) titularam-se em Saúde Pública, 6 (10%) em Economia, Demografia e outros cursos e 62 (36,6%) não declararam as suas áreas de formação. Devido aos critérios de inclusão no Catálogo não foi possível mapear aqueles não capacitados em Ciências Sociais e Humanas, mas envolvidos em atividades relacionadas às Ciências Sociais.

É provável que, na década atual, estejamos mais distantes da situação encontrada no início dos anos 70, quando, entre as 121 instituições de ensino pesquisadas e entre os 323 professores envolvidos no ensino de Ciências Sociais ou do Comportamento, pertencentes às escolas de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Saúde Pública, apenas 17,6% possuíam formação básica em Ciências Sociais. As atividades de ensino eram basicamente exercidas por professores formados nas respectivas áreas profissionais (Campos & Nunes, 1976), evidenciando resistências corporativas à presença de cientistas sociais naqueles cursos e improvisação quanto às análises referentes às questões sociais no campo da saúde.

Ainda que com o predomínio das Ciências Sociais e Humanas nas formações graduada e pós-graduada, o Catálogo identifica profissionais, oriundos das Ciências Biomédicas, com formação em Ciências Sociais, o que evidencia tanto a multidisciplinaridade quanto as resistências corporativas à introdução de cientistas sociais na formação de profissionais de saúde. Isto dá origem a profissionais com perfis híbridos, uma vez que a capacitação em Ciências Sociais exige consistência teórico-metodológica e experiência.

Dentre os 116 profissionais que declararam o seu tempo de trabalho e a natureza das suas atividades, apenas 7 ingressaram na área no período de 1964-1969, com dedicação exclusiva ao ensino e pesquisa, compon-

do o perfil típico de docente-pesquisador, absorvido pelas instituições acadêmicas. As informações referidas ao tempo de trabalho permitem identificar que, durante a década de 1970 e, tendo como referência a década anterior, cresceu em 343% o volume de profissionais incluídos na área, o que coincide com a expansão e criação de novas escolas, e com a maior diversificação dos centros formadores de outros profissionais de saúde.

Do total de indivíduos, 26,5% ingressou na área na década de 70. Destes, 24 (83,8%) incorporaram-se ao ensino e pesquisa e os demais estavam exclusivamente na prestação de serviços ou na pesquisa, nessas instituições.

Na década de 80, houve incremento de 19,0% no número de profissionais em relação ao período anterior, observando-se, contudo, mudança importante no perfil dos profissionais, uma vez que dentre aqueles que ingressaram na área, 20 (56,0%) eram, simultaneamente, docentes e pesquisadores, enquanto 30 dedicavam-se exclusivamente à pesquisa, fato não verificado na década anterior. A inserção dos profissionais nas atividades de prestação de serviços referiu-se a 10,8% do total, pouco alterando-se em relação à década anterior.

As condições propiciadoras da presença de pesquisadores e do desenvolvimento da pesquisa não estiveram homogeneamente presentes nas instituições que incorporam cientistas sociais. Isso porque, sob o ponto de vista da política científica e tecnológica, durante a década de 1980, a pesquisa em saúde foi basicamente preservada entre os grupos consolidados e com maior representação político-corporativa, mesmo diante das oscilações orçamentárias e da heterogênea distribuição de recursos entre instituições, regiões, subáreas e períodos (Guimarães, 1994). A política científica e tecnológica determinou inegáveis efeitos positivos sobre a pesquisa em Ciências Sociais e Saúde, integrada à agenda das investigações de Saúde Coletiva, que sofre, evidentemente, com as

vicissitudes e o esgotamento do modelo montado desde 1975 para a área. Esse modelo, traduzido no apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), entre 1975-1978, concentrou recursos, primeiramente, no IMS-UERJ e na Fundação Oswaldo Cruz, e, entre 1978-1979, no próprio IMS-UERJ e no Departamento de Ciências Sociais, da PUC-RJ.

Durante a década de 80, na vigência dos I e II Programas de Saúde Coletiva, com o apoio de diversas agências, a pesquisa em Ciências Sociais em Saúde Coletiva foi mais uma vez estimulada (Novaes & Novaes, 1996). Tais estratégias foram paralelas à manutenção do programa de bolsas do CNPq e ao apoio aos programas de mestrado e doutorado por parte da CAPES, favorecendo, respectivamente, a pesquisa e a formação de recursos humanos.

Na década de 90, e apenas durante o período 1990-1993 (abrangido pelo Catálogo), houve um acréscimo de 486% de profissionais em relação à década de 1960, o que significa um aumento de 11% em relação à década de 1980. Entre os 41 indivíduos que iniciaram suas atividades naquele período foi expressiva a proporção (70,8%) daqueles exclusivamente vinculados à pesquisa. Apenas 6 indivíduos incluíram-se, simultaneamente, no ensino e pesquisa.

Ainda que a proporção daqueles dedicados ao ensino/pesquisa venha a crescer na presente década, dificilmente serão atingidos os patamares alcançados nas décadas precedentes. Delineia-se uma tendência à menor assimilação de cientistas sociais pelas instituições de ensino, cuja expansão tem sido lenta, por causa da política restritiva de contratações vigente nas universidades (estaduais e federais). Tais restrições afetarão sensivelmente a reposição, caso venham a ocorrer aposentadorias dos cerca de 10% dos cientistas sociais cadastrados cujo tempo de trabalho oscilava entre 20-30 anos em 1993.

Os cientistas sociais que referem dedicação exclusiva à pesquisa na presente década

são, possivelmente, jovens pesquisadores, vinculados transitoriamente a projetos de pesquisa ou assimilados a novos grupos temáticos. Exemplo disso são os profissionais ligados à pesquisa histórica em saúde e às Ciências Biomédicas pertencentes à Casa de Oswaldo Cruz, cuja vinculação trabalhista não foi possível identificar no Catálogo. O estímulo à pesquisa histórica tem sido proporcionado pelo Programa de Investigação e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, através da Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

Conclui-se que os cientistas sociais constituem ainda uma rede restrita de especialistas, equivalente à existente nos Estados Unidos na década de 50, quando Strauss (1956) identificou apenas 144 deles trabalhando no campo; volume esse também próximo aos 140 dedicados ao ensino e pesquisa da sociologia da prática médica e da medicina, nas escolas médicas e hospitais alemães, relatado por Pflanz, em 1968 (Steffen, 1987).

Mantidas as atuais restrições à contratação de docentes e pesquisadores nas instituições acadêmicas e centros de pesquisa governamentais, desenham-se expectativas restritas quanto a expansão das Ciências Sociais e Saúde. Todavia vêm ocorrendo novas demandas, graças à ampliação das atividades de ensino (graduação de profissionais não médicos de saúde, cursos novos e consolidação da Pós-Graduação em Saúde Coletiva; especialização em Saúde Pública e reciclagem de profissionais de saúde da rede pública que se descentraliza) e aposentadorias de parcela do atual quadro existente, deixando em aberto novos desenhos institucionais e perspectivas.

A escassez desses profissionais em várias regiões e instituições e as demandas de ensino e pesquisa na área de Saúde Coletiva visando o credenciamento de cursos determinam necessidades que devem ser equacionadas através do trabalho especializado e competente dos cientistas sociais. Acrescente-se a

isso, as exigências da formação de cientistas sociais, a necessidade de sua permanente reciclagem, o que constitui uma demanda permanente.

Embora os dados disponíveis não abarquem a totalidade dos especialistas inscritos nas instituições acadêmicas e não acadêmicas, o perfil traçado demonstra o maior peso da formação específica em Ciências Sociais e Humanas, elemento fundamental para o amadurecimento desta área. Permanece em aberto a necessidade de um estudo ampliado do perfil dos profissionais e das características institucionais para detalhar a especificidade das Ciências Sociais e Saúde.

## **2. O Ensino das Ciências Sociais e Saúde**

Nas três últimas décadas, as Ciências Sociais trouxeram relevantes contribuições à formação de profissionais de saúde. Mais recentemente, cresce o interesse especializado das instituições acadêmicas de Ciências Sociais e Humanas no desenvolvimento de investigações e, mais descontinuamente, no ensino relacionado à temática da Saúde.

O ensino das Ciências Sociais e Saúde nos campos biomédico e sanitário tem sido sistematizado por alguns autores, evidenciando, particularmente nas décadas de 80 e 90, iniciativas da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) de avaliação da formação dos profissionais da área, abrangendo análises das alterações sofridas no âmbito do ensino (Marsiglia & Spinelli, 1995; Campos & Nunes, 1976; ABRASCO, 1982; Nunes, 1985; Cohn & Nunes, 1988; Spinelli *et al.*, 1988; L'Abbate & Marsiglia, 1993; Elias *et al.*, 1988; Labra *et al.*, 1988; Nunes, 1996; ABRASCO/Comissão de Ciências Sociais em Saúde, 1997), demarcando tendências e características gerais deste ensino, observando-se sua extensão, níveis de formação, conteúdos e dificuldades.



O ensino das Ciências Sociais ampliou-se ao longo das três últimas décadas, dado o interesse por seus conteúdos na formação de profissionais de saúde, nos seus vários níveis, abarcando os conteúdos de várias disciplinas enfeixadas sob a denominação de “Ciências Sociais”, que em certas situações restringe-se aos temas de disciplinas específicas (Economia, Ciência Política, Sociologia e Antropologia). As cargas horárias apresentam igualmente grande variação, sendo o limite mínimo 24 horas e o máximo 144 horas (Marsiglia & Spinelli, 1995).

Observou-se grande diversidade de conteúdos ensinados pelos diferentes programas na década de 70. Os estudiosos reconhecem unanimemente o abandono das concepções teórico-metodológicas de origem funcionalista ou comportamentalista nas suas várias vertentes, e a maior presença das teorias do materialismo histórico e da sociologia crítica latino-americana, quase sempre preocupadas com problemas macroestruturais, com o entendimento do processo capitalista e periférico brasileiro e nele, com a questão da saúde, da prática médica e da intervenção do Estado.

Nos cursos de graduação, especialmente nos anos iniciais de inclusão das Ciências Sociais, os currículos orientavam-se pelas “Ciências da Conduta” ou “aplicadas”, através da Sociologia e Antropologia médicas. Os conceitos ensinados alteraram-se, e hoje incluem a discussão epistemológica, contrapondo as Ciências Físicas e Biológicas ao conhecimento das Ciências Sociais; ou tratando de temas relacionados à metodologia de pesquisa, à política de saúde; ao processo saúde-doença e às análises históricas das profissões de saúde.

Persistem, contudo, dificuldades no ensino de Ciências Sociais nos cursos de graduação médica no que se refere à centralidade do indivíduo, subsumida pela hegemonia do conhecimento biomédico (Marsiglia & Spinelli, 1995). Registram-se tentativas recentes de resgatar a interação dos distintos campos

disciplinares (epidemiológico, clínico, sócio-antropológico e histórico) ou de dimensionar a historicidade e a multidimensionalidade dos fenômenos saúde, doença, sofrimento, vida e morte, resgatando as histórias biográficas em nível de curta duração, do tempo dos homens e dos acontecimentos, na busca de superação dos limites da individualidade, procurando compreender como na história pessoal materializam-se os processos sociais e culturais da saúde e da doença (Quevedo & Hernández, 1994).

Os cursos de Especialização em Saúde Pública, por seu turno, sempre privilegiaram a abordagem das Ciências Sociais, avaliando as relações entre saúde e sociedade e incorporando análises da intervenção do Estado nas políticas de saúde; das condições de vida e de trabalho e seus reflexos sobre a saúde; e dos elos destas com os processos sociais – migração, urbanização, proletarianização rural e industrialização (Marsiglia & L’Abbate, 1993). Na área de pesquisa houve incorporação de novos aportes metodológicos, com a assimilação de métodos etnográficos e qualitativos e de práticas pedagógicas e promocionais da saúde.

A tendência mais recente dos programas de Residência Médica em Medicina Preventiva é a de um vínculo mais estreito com as questões relacionadas aos serviços de saúde, reduzindo-se o peso da fundamentação básica e uma assimilação mais instrumental das Ciências Sociais. Estes Programas, em sua maioria, tem sido apoiados, desde a década de 80, pelas Secretarias de Estado da Saúde e pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), visando à capacitação de seus recursos humanos. A atual crise da residência médica evidencia-se no âmbito da Saúde Coletiva pelo declínio da demanda. Os candidatos movem-se para áreas cada vez mais especializadas e tecnológicas da prática médica, e se desmotivam com a deterioração dos serviços públicos de saúde e com as condições de trabalho vigentes.

Ainda com relação a esse ensino, além das tensões entre teoria e prática, ficou evidente para os autores que analisaram os programas, a presença de expectativas na relação entre as Ciências Sociais e “consciência política” (Elias *et al.*, 1988), numa abordagem freqüentemente restrita quanto ao papel das Ciências Sociais no campo da saúde.

Com relação aos cursos de pós-graduação, a tendência foi a de assimilar as Ciências Sociais no interior do processo de conhecimento de forma dialética (Cohn & Nunes, 1988), com grande diversidade dos conteúdos programáticos analisados. Na década de 80, ainda prevaleciam em alguns programas pesquisados as Ciências da Conduta, evidenciando problemas de constituição do campo da Saúde Coletiva. Tendências recentes apontam para a ênfase na fundamentação teórico-metodológica das Ciências Sociais e discussões epistemológicas, históricas e filosóficas do conhecimento biomédico e da Saúde Coletiva (Nunes, 1996).

O enfoque transitou das Ciências da Conduta para o histórico-estrutural, particularmente na década de 70, abrindo-se, a partir da segunda metade da década de 80, a outras vertentes, combinadas ou não ao materialismo histórico, evidenciando maior presença das análises fenomenológicas, críticas ou da sociologia da ação, sem deixar de lado os paradigmas clássicos.

As análises detectam um conjunto de dificuldades a serem enfrentadas no ensino das Ciências Sociais, cuja menção é recorrente desde a década de 70. Como sugerem Marsiglia e Spinelli (1995), apesar de consolidada a presença destas disciplinas na formação de profissionais de saúde e do fato de mais da metade dos docentes que ensinam esses conteúdos possuírem formação básica em Ciências Sociais, persiste a necessidade de ampliar a capacitação e articulação com outros campos disciplinares (Epidemiologia, Administração e Planejamento); de aprimorar e adequar os conteúdos ensinados nos cur-

sos de graduação; de ampliar o acervo bibliográfico específico e de investir na produção de material didático.

Os debates entre os cientistas sociais em torno da elaboração de um Plano Diretor para a área de Ciências Sociais e Saúde apontam ainda para: a necessidade de adequação dos conteúdos aos diferentes perfis de profissionais de saúde; inovações pedagógicas que se valham de pesquisas, especialmente nos cursos de graduação; aprofundamento do intercâmbio dos cursos e das ementas das disciplinas e adequação dos conteúdos às temáticas emergentes, oriundas das transformações do campo biomédico e das próprias Ciências Sociais. Recomenda-se com relação aos programas de mestrado e doutorado a adaptação da produção de teses às novas exigências de encurtamento dos prazos de titulação, assim como a ampliação do quadro de cientistas sociais no corpo docente e sua contínua reciclagem e atualização.

Reconhecendo-se a importância da expansão de disciplinas específicas relacionadas à temática da saúde nos cursos de pós graduação em Ciências Sociais e Humanas é desejável o estabelecimento de laços mais estreitos com as experiências acumuladas pelas Ciências Sociais no campo da Saúde, e sua aproximação com as práticas sociais e iniciativas interdisciplinares (ABRASCO, 1995; 1997).

### **3. A Produção Acadêmica**

Mapeou-se aqui a produção acadêmica no âmbito das Ciências Sociais e Saúde, assim como as suas permanências e alterações temáticas, ocorridas no âmbito desta produção, nas três últimas décadas. Tomou-se como substrato a leitura (não exaustiva) das publicações disponíveis, associada à observação dos temas de interesse dos cientistas sociais, constantes do Catálogo de Cientistas Sociais em Saúde (Quadro II), e daqueles que compuseram o I Congresso Brasileiro de Ciências

Sociais em Saúde (**Quadro III**). O presente balanço se vale também de revisões anteriores sobre a produção acadêmica da Saúde Coletiva (Donnangelo, 1983; Nunes, 1985; Teixeira, 1985; Costa, 1992; Bodstein, 1993).

Não estão incluídas nesta análise as inúmeras publicações, oriundas da área básica de Ciências Sociais, afeitas ao tema saúde em geral, exceto em alguns assuntos específicos já revisados (Queiroz *et al.*, 1988; Canesqui, 1988; 1994; Alves, 1996). Este diagnóstico é, igualmente, limitado na sua abrangência em relação às regiões do país, por não envolver pesquisa exaustiva da produção acadêmica da totalidade das distintas instituições da área de Saúde Coletiva.

A retomada dos dados do Catálogo permite identificar as áreas de interesse dos profissionais (**Quadro II**), cuja especificação ocorreu em 79,2% das respostas pela menção a temas e, secundariamente, em 17,1% destas, pela referência a disciplinas, destacando-se dentre elas a História das Doenças e da Saúde Pública, seguida da Antropologia Médica ou da Saúde, da Sociologia da Saúde e da Doença, das Ciências Sociais aplicadas, da Demografia e da Economia da Saúde.

Dos 158 profissionais incluídos no Catálogo, apenas 3,7% não declararam suas áreas ou temas de interesse. Dentre os que se manifestaram, houve em média 1,2 temas por pessoa, evidenciando o interesse de alguns profissionais por mais de um assunto, assim como a sua desigual concentração e a diversidade de suas instituições de origem. Os profissionais ligados às instituições mais consolidadas tendem a apresentar maior diversidade e dispersão temática. Isto também traz como conseqüência a maior dificuldade de consolidação de grupos de pesquisa, devido às atribuições acumuladas nos diferentes níveis de ensino, e o menor acesso às fontes de financiamento por parte dos grupos mais frágeis institucional e corporativamente.

As temáticas e disciplinas referidas pelos pesquisadores sugerem uma tendência à es-

pecialização no âmbito das Ciências Sociais e Saúde, seja em torno de objetos específicos, seja através de tentativas de demarcação de campos disciplinares constituídos, por sua vez, sobre temas específicos, comportando distintas perspectivas epistemológicas, metodológicas e tradições.

Delineia-se também a tendência de recortar temas a partir dos vários saberes disciplinares tradicionais que compõem o campo das Ciências Sociais. Tradições mais pragmáticas ensejam a contribuição das Ciências Sociais na avaliação da eficácia da biomedicina ou da Saúde Pública/Saúde Coletiva, associando-as mais estreitamente aos saberes de intervenção, cujos exemplos correm por conta da Antropologia, Sociologia e Economia Médicas norte-americanas.

Vale observar, contudo, que no contexto norte-americano, esboçam-se atualmente tendências críticas ao maior comprometimento das Ciências Sociais com a prática clínica, mediante a incorporação de modelos analíticos centrados na reflexão dos determinantes macroestruturais do processo de dominação (de gênero ou das relações de poder), rompendo com os enfoques comportamentais e microanalíticos.

Ao estabelecimento de recortes disciplinares somam-se esforços heurísticos na produção de conhecimentos orientados pela concepção de totalidade e multidimensionalidade dos fenômenos da saúde e doença, garantindo, entretanto, a especificidade das Ciências Sociais. Cabe observar, contudo, que embora possam ser demarcadas por objetos específicos, as análises e a própria identidade dos praticantes tendem a manter as referências disciplinares do campo das Ciências Sociais, tradicionalmente segmentadas, com baixo grau de interlocução inter- e transdisciplinar.

Outros enfoques são interdisciplinares, elucidados nas distintas leituras e concepções da Medicina Social e da Saúde Coletiva. A retomada de algumas destas concepções per-

mite identificar perspectivas em relação à Medicina Social, buscando, por um lado, construir uma teoria social da medicina em torno da análise de temas específicos, tais como: o processo saúde-doença, a historicidade do saber e da prática médica, a sua organização social e a da própria Saúde Coletiva (Nunes, 1991). Por outro lado, busca-se redefinir um campo disciplinar afeito às práticas sociais da medicina, às suas dimensões socio-institucionais e aos processos que mantêm a saúde e doença, tendo como objeto os corpos sociais – entendidos como sujeitos, grupos, classes e relações sociais –, e não apenas os corpos biológicos (Pereira, 1981).

Ambas as concepções demarcam objetos de interesse comum à Medicina Social e à Sociologia, reforçando a proeminência do social sobre o biológico, particularmente no estudo do processo saúde-doença, admitindo a segunda concepção a recriação de objetos, simultaneamente, naturais e históricos.

São inegáveis as contribuições e inovações na pesquisa e ensino experimentadas pela Medicina Social no Brasil, criando como que uma corrente de pensamento, com expressão em alguns países latino-americanos, inspirada nos movimentos reformadores sociais europeus, embora com evidente especificidade de expressão e constituição com relação aos nossos contextos.

Por sua vez, a constituição da Saúde Coletiva como campo de conhecimento multidisciplinar determinou a reunião de distintos segmentos institucionalizados (acadêmicos e prestadores de serviços), envolvendo a Saúde Pública, a Medicina Comunitária, a Medicina Social, a Medicina Preventiva e outras denominações congêneres, tanto quanto as várias correntes consolidadas em relação à política de saúde, organização e gerenciamento dos serviços. Sua concepção enquanto campo de conhecimento comporta concepções distintas do coletivo (meio, conjunto de indivíduos, interação entre elemen-

tos, conjunto de efeitos na vida social e sobre as práticas), envolvendo especificidades da sociedade brasileira nas várias conjunturas, caracterizando-se ainda por inflexões de natureza político-ideológica (Donnangelo, 1981).

Para outros autores a identidade do campo define-se pela aplicação exclusiva de um único método (o histórico-estrutural), com sua concepção unívoca do social e das relações sociais e de poder (Teixeira, 1985), cuja crítica tem sido recorrente na literatura atual. Outros vêem a Saúde Coletiva, simultaneamente, como campo de conhecimento, de formulação de política de saúde e de reunião corporativa dos profissionais de saúde (Costa, 1992). Reconhece-se ainda a polissemia da Saúde Coletiva, atravessada por vários discursos e objetos no âmbito da saúde (Minayo, 1992 b), assim como se esboça a sua ruptura com a Saúde Pública, com uma leitura diferenciada das relações entre natureza e sociedade (Birman, 1991).

A Saúde Coletiva é um campo ainda em constituição no Brasil, marcado por vários objetos e disciplinas, e por tensões de várias naturezas, tanto no plano do conhecimento, quanto no do engendramento de projetos e práticas reformadoras do setor saúde ou da própria sociedade.

A interdisciplinaridade enfrenta sérias dificuldades na construção de objetos híbridos no plano do conhecimento e na interlocução entre saberes disciplinares distintos e tensões no âmbito destas relações, de modo a não submeter um campo disciplinar a outro.

As referências temáticas evidenciadas no Catálogo evidenciam antigos e novos interesses. Dentre os mais antigos estão os sistemas terapêuticos e alternativos de cura, analisados segundo referências diversas (antropológicas, históricas, sociológicas e epistemológicas), explicitando a diversidade de racionalidades e de práticas terapêuticas e de cura na sociedade contemporânea. Segue-se o tema das políticas e instituições de saúde, conso-

lidado nas pesquisas das Ciências Sociais e Saúde desde a década de 70, com novos desdobramentos, e a discussão acerca do processo saúde-doença. Por último, o estudo dos recursos humanos.

Dentre os temas que expressam as preocupações mais recentes dos cientistas sociais incluem-se: a saúde reprodutiva; sexualidade e gênero; violência; movimentos sociais; educação e comunicação em saúde; planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde; além das reflexões de natureza epistêmica e teórico-metodológicas. Essas últimas não merecerão tratamento temático exclusivo, embora representem temas de preocupação de parcela reduzida de cientistas sociais e não serão dimensionadas neste texto, como item específico e, sempre que possível, no interior dos demais temas.

A educação e a comunicação em saúde constituem referências antigas de educadores no âmbito da Saúde Pública e, de certa forma, das Ciências da Conduta, no âmbito da Saúde Pública. Este campo desperta renovados interesses, particularmente em relação aos modelos de Saúde Pública centrados na promoção da saúde, na intersectorialidade e nas relações dos cientistas sociais com os processos de intervenção social. Por este motivo julgamos pertinente situá-los entre os temas de interesse recente.

Os temas de pesquisa sofreram ao longo do tempo efeitos de diversas ordens (conjunturais e dos processos macrossociais, e específicos, envolvendo questões sanitárias e as políticas de saúde). Refletem eles as preferências de cada época e seus condicionantes históricos, o que conduz a uma seleção e hierarquização de tradições acadêmicas particulares, dos suportes institucionais e intelectuais específicos, além do estímulo ou não a partir da disponibilidade de recursos e de retribuições materiais e simbólicas a eles associados. Analisaremos, a seguir, os temas pesquisados, hierarquizados entre os antigos e novos e os seus conteúdos.

### **3.1. Sistemas Terapêuticos ou Alternativos de Cura**

Este tema, sob outras denominações e concepções, foi objeto de análises antropológicas durante a década de 50, seja por parte dos folcloristas, seja permeando os estudos de comunidade, particularmente as práticas de cura tradicionais, segundo perspectivas, respectivamente, descritivas ou culturalistas (Queiroz *et al.*, 1986), ou ainda a visão dualista do mundo: o primitivo e o desenvolvido, o irracional e o racional, o mágico e o científico (Nunes, 1985). As abordagens atualizaram-se, sob o olhar da Antropologia Social, nos anos 70, centrando-se nos estudos da religião, destacando-se dentre eles “as respostas às aflições” promovidas pela umbanda e seitas protestantes (Fry *et al.*, 1975), tanto quanto as tensas relações entre médicos e demais agentes de cura, informados por referenciais “oficiais” e “tradicionais” de cura, entre, por exemplo, caixas paulistas (Queiroz, 1978; 1980a; 1980b).

Durante a década de 80 e na presente década, as práticas simultaneamente religiosas e terapêuticas foram estudadas nas suas oposições à medicina alopática (Neves *et al.*, 1984). Mereceram a atenção de pesquisadores as relações entre os diferentes agentes de cura, postos em relação no campo da oferta de serviços, interferindo nas concepções de corpo, saúde e doença das classes trabalhadoras urbanas (Loyola, 1983; 1987). Também têm sido perscrutadas as cosmologias subjacentes aos sistemas terapêuticos, dentre eles a homeopatia (Soares, 1988), tanto quanto a análise sócio-histórica da racionalidade científica moderna, no seu contraponto com racionalidades alternativas, evidenciadas no vitalismo homeopático (Luz, 1988), explorando-se ainda a própria homeopatia no Brasil como um dos movimentos de resistência à monopolização da medicina científica, analisando-se o seu percurso nas distintas conjun-

turas institucionais, sua implantação, expansão e resistência (Luz, 1996).

Outros autores enfatizaram as classificações das doenças e os especialistas de cura (Maués, 1990) ou a compreensão dos sistemas tradicionais articulados a outros sistemas de cura entre populações indígenas (Buchillet, 1991). Cabe registrar ainda estudos acerca dos processos rituais (Rabelo, 1994) e das representações de cura no catolicismo popular (Minayo, 1994), dentre inúmeros outros. As assim denominadas “alternativas de cura” sempre mereceram a atenção dos antropólogos, com uma renovada atenção sobre a sua permanente recriação, como no caso das novas terapias corporais enquanto alternativas à psicanálise (Russo, 1994).

O interesse dos cientistas sociais pelos sistemas terapêuticos ou alternativos de cura respondem por apenas 3,0% das respostas registradas no Catálogo (**Quadro II**), e por 3,5% dos trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde (**Quadro III**). Entretanto a proliferação contemporânea das práticas e sistemas terapêuticos evoca a oscilação entre um positivismo limitado e reações humanistas, vitalistas ou deliberadamente antimédicas, no seu extremo. Trata-se de um fenômeno que não é mais residual e marginal, abrindo-se a novas pesquisas sobre os distintos sistemas tradicionais, naturalistas e religiosos de cura, suas relações complementares, competitivas ou sincréticas com a alopatia. É possível analisar também as diferentes clientela que delas se servem, os inúmeros terapeutas (novos e antigos) e as resistências ou a assimilação dos médicos e dos profissionais de saúde em relação a alguns sistemas terapêuticos.

### **3.2. Políticas e Instituições de Saúde**

Este tema vem sendo objeto de análise dos cientistas sociais da área da saúde, des-

de a metade da década de 70. Seu eixo, nas diferentes vertentes do materialismo histórico, é constituído pelas articulações econômicas, políticas e ideológicas da prática médica na sociedade capitalista brasileira. Analisa-se a prática médica no âmbito da reprodução das estruturas (econômicas, políticas e ideológicas) e na manutenção da força de trabalho e no controle dos antagonismos de classe (Donnangelo e Pereira, 1976). Com estes estudos, rompe-se com as análises de caráter doutrinário e técnico sobre a medicina, suas funções sociais e as características dos grupos sociais aos quais ela se dirige enquanto prática de saúde, trazendo inovações contrapostas à concepção evolutiva da história da medicina e da organização da prática médica.

As políticas sociais e particularmente as de saúde foram estudadas enquanto recriadoras das condições materiais e imateriais para a acumulação capitalista e, uma vez dirigidas aos trabalhadores excluídos do processo de produção, assumindo um significado essencialmente político na reprodução da estrutura social. Ao longo da década de 80, registram-se preocupações com o papel das políticas de saúde na reprodução da força de trabalho, no âmbito dos interesses políticos dominantes (Costa, 1985).

Pesquisa realizada durante a década de 70 analisou a gênese das instituições médicas na constituição da ordem burguesa, abrindo espaço ao desenvolvimento do capitalismo e à ação disciplinadora da medicina sobre a sociedade (Luz, 1979), combinando leituras foucaultianas e gramscianas. Trabalhando com a hipótese da hegemonia do discurso das instituições médicas, como parte da hegemonia do Estado republicano, enfatizou essa dimensão em detrimento de outras mediações, conformadoras da constituição incipiente e diversa das práticas sanitárias, não necessariamente engendradas sob o domínio da ordem capitalista homogênea.

Outros autores também se valeram das análises foucaultianas, desenhando a implan-

tação da Medicina Social e das intervenções sanitárias no Brasil como poderes disciplinadores sobre a sociedade em processo de urbanização (Machado *et al.*, 1978), resgatando as origens daquela medicina, no início do século XIX, que representa um novo tipo de existência, enquanto saber e prática social, que se contrapõe ao seu sentido restrito no período colonial.

A história das instituições médicas analisada nestes estudos ressaltava o poder disciplinador da medicina sobre a sociedade e o espaço urbano, suscitando revisões críticas por parte de outras correntes de análise histórica, ao relacionar as práticas sanitárias e os processos de urbanização como algo transposto dos países centrais para o Brasil (Lima *et al.*, 1992). Contudo, não resta dúvida quanto à relevância destes estudos e as inovações por eles trazidas na década de 70 no sentido de pesquisa substantiva e de superação da história factual e ufanista, centrada nos feitos científicos de figuras emblemáticas da saúde pública.

O Programa de Estudos Sociais em Saúde, desenvolvidos no Rio de Janeiro (1976-1978), juntamente com a análise da relação entre Saúde, Medicina e Trabalho (Possas, 1981), enfocaram as relações entre a medicina e o capitalismo no Brasil. De um lado, analisou-se a produção social da doença, dimensionando os padrões de morbi-mortalidade expressos ou não como “necessidades de saúde” e, de outro, a produção dos serviços de saúde na sua modalidade capitalista, incluída no complexo médico-previdenciário.

Outros autores estabeleceram os elos da intervenção estatal no âmbito da Previdência social e o processo de modernização capitalista (Braga *et al.*, 1981) e suas variações em cada período da história republicana. Estudos procuraram também focar a relação entre política previdenciária e a articulação entre eficácia política e econômica durante o regime populista brasileiro (Cohn, 1981).

Não apenas estes, como outros estudos analisados por Donnangelo nos anos 70, marcaram o desenvolvimento da Medicina Social e da própria Saúde Coletiva, evidenciando, nas palavras daquela autora, vários objetos “*passíveis de intervenção, incluindo o próprio social, ainda que variavelmente conceptualizado (tal como se apresenta, aliás, no campo mesmo das Ciências Sociais)*” (Donnangelo, 1983:21).

A crescente subordinação da prática médica aos interesses da indústria farmacêutica mereceu análises da intervenção do Estado na política de saúde e nos padrões de consumo de medicamentos das classes trabalhadoras (Giovanni, 1980).

A história da Previdência social no Brasil, por sua vez, foi abordada como segmento dominante da política de saúde, desde o seu surgimento, na década de 20, à sua unificação, no período pós-64, englobando a assistência médica no seu bojo (Oliveira *et al.*, 1986). Estudos específicos enfocaram segmentos da política de saúde (endemias, proteção à maternidade e à infância, câncer, medicina comunitária, atenção primária em saúde, dentre outros), durante a década de 80, tendo em vista a intervenção do Estado, a organização das suas instituições, os problemas de saúde de grupos específicos aos quais se dirigem as ações médicas e sanitárias, questões de financiamento etc.

Contribuições relevantes abordaram a constituição dos serviços sanitários, enfocando as interferências de organismos internacionais no seu desenvolvimento (Labra, 1988), ou as suas especificidade regionais. Às abordagens centradas na legislação, na sucessão dos acontecimentos ou na ação exclusiva dos ocupantes dos cargos públicos, passa-se a uma concepção mais estruturada da história, através do estudo dos distintos momentos da constituição do Estado burguês (Iyda, 1988). Outros estudos analisaram a interferência dos processos políticos, econômicos e da própria natureza do

Estado, dominado pelas oligarquias da Velha República, consolidando a “reforma sanitária pelo alto” (Santos, 1987).

Alguns estudos recentes enfatizam o papel do Estado, concebido como organizador das condições de vida do conjunto da população, e as resistências da população à sua ingerência, (Carvalho *et al.*, 1992). Estes estudos não apenas circunscrevem as análises históricas à resistência dos subalternos às práticas do controle sanitário, como assinalam a importância da visão processual da constituição do capitalismo, com especificidades de realização e dinâmica nas distintas situações regionais.

Objeto de várias pesquisas historiográficas, a Revolta da Vacina continua instigando novas hipóteses, dentre elas o papel das práticas culturais africanas (Chaulhoud, 1996). Recentemente, tem-se procurado reconstruir as teorias e práticas de vacinação contra a febre amarela e varíola e analisar as políticas científicas e tecnológicas em suas várias dimensões, como o desenvolvimento de novas tecnologias e a emergência das instituições biomédicas brasileiras de pesquisa.

Esboça-se nas pesquisas atuais a tendência a recusar a história sociologizante, centrada nas interpretações globalizantes das relações entre a medicina e a sociedade, substituindo-as pela “nova história”. Cabe lembrar a observação de Santos (1997) sobre o fato de não ser tão nova a história da saúde, para que não se incorra em outros reducionismos, e se recupere suas raízes a partir das próprias raízes da América Latina. Como afirma o autor: *“Se houve uma ou outra vertente de produção historiográfica e sociológica que se afastou daquela tradição, seja congelando-a sob uma armação estruturalista, seja dissolvendo-a nas minudências da historiografia reverencial, nem por isso parece-nos acertado recusar à história da saúde sua própria história e atribuir sua evolução a um movimento tão recente como os Annales”*.

São ainda ilustrativos os esforços de antropólogos que se aproximam da história para compreender as instituições de tipo manicomial, mediante a análise das categorias de criminalidade, loucura e degeneração. Refletidas na estrutura institucional estudada, a análise adentrou os debates entre positivistas e liberais, no fim do século passado (Carrara, 1987). Outros estudos antropológicos investigaram as concepções positivistas e biodeterministas na constituição da Medicina Legal, instituindo práticas de controle dos cidadãos (Correa, 1982). Contribuições desta natureza abordaram ainda a luta contra as doenças venéreas, especialmente a sífilis, entre o fim do século passado até à década de 40, no Brasil (Carrara, 1996), evocando a história das várias práticas de intervenção social, não apenas médicas ou sanitárias, mas mobilizadoras de vários interesses: policiais, políticos, filosóficos, históricos etc.

Do ponto de vista teórico-metodológico, desde o fim da década de 80, ganham relevância, na agenda das análises da política em saúde, as reflexões críticas sobre as limitações do marxismo, particularmente da sua vertente althusseriana. Novos espaços abriram-se à compreensão da cidadania no Estado moderno, às confluências de interesses contraditórios na sociedade civil, adotando-se a noção de Estado ampliado, na perspectiva gramsciana, reduzindo, portanto, o peso dos processos sócio-econômicos determinantes, e enfatizando a relação Estado/Sociedade Civil e a questão da democracia (Teixeira, 1989).

Alguns estudos procuraram recuperar as condições de emergência do processo de Reforma Sanitária, sua dinâmica e limites e possibilidades dos modelos inspiradores (Teixeira *et al.*, 1989), como também acentuam a importância do papel da burocracia estatal (Labra, 1987), numa busca de mediações de atores e grupos de interesses. A clássica explicação dos processos políticos calca na teoria da luta de classes deslocou-se



para os processos políticos e decisórios, seja nas instâncias estatais, seja na dispersão do poder entre os distintos grupos societários.

Outros autores voltaram-se para a relação dinâmica entre instituído-instituente, abraçando as concepções de Lefort (1991) quanto aos fundamentos do poder e do Estado de Direito. O direito à saúde passa a ser estudado como um componente da concepção política de saúde e do processo de democratização da sociedade, sendo para isso imprescindível a intervenção do Estado na questão social (Bodstein, 1995; L'Abbate, 1991). Estas e outras perspectivas analíticas recusam as análises macroestruturais, calcadas no determinismo econômico, e enfatizam as circunstâncias políticas, marcadas pelas relações e conflitos sociais.

Ganham relevância a questão da saúde da mulher, do trabalhador, as reformas manicomiais e a implementação de novas estratégias de intervenção, dentre as quais sobressaem aquelas relacionadas à questão da AIDS. Com relação a esta última, Santos *et al.* (1992) analisaram as relações entre política estatal, sociedade e hemoterapia no Brasil, durante a década de 80. A literatura evidencia também, na década de 80, a presença de inúmeras organizações não-governamentais, conforme estudo de Galvão (1994). As respostas à AIDS caracterizam-se por grande diversidade institucional e organizacional e por impasses entre a produção privada e pública de bens e serviços de saúde, às voltas com a questão da solidariedade social.

As diferenças de gênero, etnia ou preferência sexual passaram a reclamar maior presença e efetividade da política de saúde. Os estudos revelam o movimento de ultrapassar a investigação da intervenção estatal exclusiva, com a participação de diferentes segmentos profissionais e a institucionalização jurídico-formal do sistema de saúde, deslocando-se para os interesses dos distintos grupos societários na questão da saúde.

O tema Reforma do Estado ganha relevância, analisando-se as tentativas de sua redução e reafirmando a necessidade de sua presença e a sua centralidade nos processos de ajuste econômico, nas políticas sociais e nos processos de ampliação da cidadania e democracia (Cohn, 1997), e ainda na construção do Estado-Nação, pelo reforço da participação cidadã no controle e gestão do que é público (Fleury, 1997). Este tema tem sido objeto de análises comparativas, envolvendo países latinoamericanos e europeus, e integra as agendas de organismos internacionais, como a OPAS e o Banco Mundial. Nota-se aqui tendência à implementação de ações seletivas e focalizadas, assentadas nas dimensões fiscais e financeiras locais (Costa, 1996). Prevalece, entretanto, nas discussões, a recusa às teses neoliberais, buscando-se modelos alternativos, sem descartar a presença do Estado nas políticas sociais, reconhecida sua necessária reforma e democratização.

A análise dos padrões de consumo de serviços de saúde, sem descartar os determinantes mais gerais daquele consumo coletivo, foi em busca de mediações da intrincada relação entre produção, oferta e consumo, privilegiando, de um lado, a forma de realização da política de saúde no nível local e, de outro, a família trabalhadora, como unidade de consumo e trabalho, inscrita na situação de classe, com padrões diferenciados de consumo, acesso e acessibilidade aos recursos de cura e modalidades assistenciais. Pesquisaram-se ainda as pautas culturais e ideológicas que presidem o enfrentamento dos problemas de saúde, as concepções sobre as doenças, as hierarquias de doentes e não-doentes, o *trimming* e a seletividade do consumo (Canesqui, 1991). Outros autores abordaram não apenas o padrão de consumo de serviços de saúde, como também as relações entre a clientela e as instituições, suas representações sociais, carências, formas de organização e reivindicações (Cohn *et al.*, 1991), e as representações e estratégias utilizadas

por segmentos da população urbana sobre saúde e doença, e suas relações com os distintos agentes de cura, no contexto da implementação do Sistema Unificado de Saúde (SUS), no nível local (Queiroz, 1991).

Alguns estudos atuais retomam os limites e constrangimentos impostos à implementação do SUS, analisando o processo de municipalização das ações de saúde, a organização de interesses, as negociações sindicais etc. (Costa, 1995); a perversa limitação da universalidade da assistência pública (Giovannella, 1995); as políticas locais de saúde em conjunturas diversas (Cohn, 1995), e as práticas conselhistas (Ramos, 1995).

Coletâneas recentes analisaram o processo de globalização da economia e as mudanças na organização da produção e na divisão de trabalho, enfatizando não só a natureza do ajuste econômico, mas as possibilidades de respostas à crise de governabilidade, rediscutindo, portanto, a democracia no capitalismo contemporâneo (Gerschman *et al.*, 1997).

O item Políticas e Instituições de Saúde preencheu 29,0% dos interesses dos cientistas sociais, segundo os dados do Catálogo (Quadro II), com proporção similar no conjunto dos temas apresentados ao I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde (**Quadro III**). Neste evento o assunto mereceu outros desdobramentos: as transformações da política oficial de saúde; a implementação do SUS, enfatizando-se a positividade de muitos dos seus aspectos, a despeito dos inúmeros percalços e resistências (Barros, 1997); o processo de descentralização, a partir de situações específicas, como a de São Paulo (Junqueira, 1997); a municipalização e as formas de gestão participativa, através do desempenho dos Conselhos de Saúde. Estes se caracterizam por sua heterogeneidade e mesmo incipiência em vários municípios, e pelas tensões e interesses conflitantes, além de práticas clientelistas e corporativas, embora continuem sendo vistos de forma positiva,

na medida em que contribuem para o exercício da cidadania.

Além de dar continuidade ao debate sobre a Reforma do Estado e as políticas de saúde, as análises enfatizam as mudanças na legislação dos acidentes de trabalho na Previdência social, a implementação de novas políticas relativas à saúde do trabalhador, à saúde mental, à mulher, às políticas de alimentação e nutrição e às endemias. As reformas asilares no âmbito da política de saúde mental deram lugar a estudos de casos institucionais, de suas relações com a clientela, das redefinições de doença, saberes e práticas engendrados neste campo.

Emergem novos temas na agenda das pesquisas relativas às políticas de saúde, como o processo de descentralização e seus efeitos; a dinâmica dos atores envolvidos; a eficácia destas políticas; os sistemas de gerenciamento; o papel dos grupos de interesses; a questão do acesso e os critérios de avaliação de qualidade; as representações dos usuários etc. (Bodstein, 1997).

Há ainda sugestões à espera de novos estudos, de deslocamento da ênfase contextualista e sobre os padrões de intervenção estatal, e debate acerca da diversidade dos modelos e perfis de intervenção, com a adoção de um enfoque institucionalista e político (Viana, 1997). A avaliação das políticas de saúde (sua formulação, implementação e efeitos), ainda pouco explorada, ampliará o interesse pelos estudos comparativos das políticas de saúde.

### 3.3. Saúde e Doença

O tema vem sendo abordado por preocupações as mais diversas, anteriormente à institucionalização das Ciências Sociais no Brasil, elucidadas nas concepções antropológicas biodeterministas, passando pelas dos nutrólogos sociais, pelas discussões da Psiquiatria Social, da Psicanálise e da Psicossocial.

mática, e pelas idéias de um Gilberto Freyre, chamando a atenção da Medicina para as relações entre o paciente e o seu meio social e cultural (Gonçalves, 1956). Faz-se necessário, portanto, reconstituir o pensamento sócio-antropológico em saúde.

A produção dos anos 70, sob influência da corrente de Medicina Social, reconheceu a necessidade de reorientar os estudos do processo saúde-doença, no contexto latino-americano, sob a vertente da Epidemiologia Social. Essa produção incorporou o materialismo histórico na análise dos determinantes ou raízes da produção social da doença, através de vários enfoques: (1) os elementos constitutivos dos modos de produção e de organização do trabalho (Laurell, 1985); (2) a estrutura social, como balizadora das condições sociais de produção das doenças e do próprio sistema de atenção médica (Possas, 1981); (3) os padrões de reprodução social e de consumo, condicionantes do perfil de morbi-mortalidade (Breihl, 1981; Breihl *et al.*, 1980). A abertura deste campo contou com a contribuição das Ciências Sociais, embora tenha sido relativamente exígua a participação dos profissionais da área nestes estudos no Brasil, talvez devido a um certo reducionismo analítico do materialismo histórico. Analisou-se: (1) o estabelecimento de relações entre o processo social e o processo saúde-doença, pela via da determinação, bem como do estabelecimento de articulações entre o biológico e o social; (2) a análise das relações entre indivíduo, estrutura social e sociedade e, (3) a inclusão da dimensão do sentido e da cultura nos fenômenos do adoecer, morrer e viver.

Não se pode negar os esforços envidados no âmbito da Epidemiologia na incorporação do social, como campo estruturado (Donnangelo, 1983). Na década de 80, Possas procurou construir novos padrões de determinação (causalidade) das doenças, através das "*formas concretas de inserção sócio-econômica (condição de trabalho e condições*

*de vida) da população, relevantes para explicar a sua distribuição entre os riscos de morbimortalidade a que está exposta*" (Possas, 1989:192), configurando padrões epidemiológicos no plano das coletividades.

A resolução, pela via da determinação, da relação entre o biológico e o social, ainda não foi estabelecida no âmbito da Epidemiologia, sugerindo-se ser este um falso problema à medida que essa disciplina enfrenta o desafio de integrar o individual e o coletivo (Almeida Filho, 1992). Aparentemente, diminuiu o interesse dos epidemiólogos pelas análises oriundas da Epidemiologia Social, aproximando-se atualmente esta disciplina das práticas instrumentais. Outras vertentes têm-se valido do concurso das Ciências Sociais, abrindo possibilidades analíticas mediante a recuperação da noção de espaço organizado, para além da dicotomia entre natureza e sociedade (Stotz, 1995), e retomando uma natureza socialmente produzida ou construída. As análises desta natureza (Silva, 1985) se voltaram para o conhecimento dos processos endêmicos e suas relações com o espaço socialmente organizado e, portanto, desnaturalizado, trazendo contribuições inovadoras à Epidemiologia.

A Epidemiologia se mantém no esforço de reconstrução do seu objeto e expansão de suas estratégias de pesquisa. Neste sentido, Almeida Filho (1992) procurou introduzir a contextualização, a incerteza, a intersubjetividade do processo saúde-doença e do próprio risco, na sua concretude, na disciplina, no sentido de uma Epidemiologia sócio-cultural, capaz de assimilar a dimensão simbólica (cultural). Os empreendimentos neste sentido são bastante incipientes no Brasil, ainda que pela via da conjugação das abordagens qualitativa e quantitativa, enquanto fases sequenciais de um mesmo processo de investigação (Minayo & Sanches, 1993), buscando a complementaridade entre estas duas abordagens. Apesar dos obstáculos epistemológicos e da tensão entre objetivismo/subje-

tivismo, seus proponentes vislumbram a possibilidade de combinar métodos, sempre que o objeto de pesquisa assim o reclame.

Há sugestões no sentido de promover a transdisciplinaridade e de apreender as mediações que se exercem entre os processos sociais e culturais na construção, expressão e evolução dos problemas patológicos (Uchoa & Vidal, 1994), proposta esta que vai ao encontro da construção de uma Epidemiologia sócio-cultural, permanecendo como possibilidade a incorporação da perspectiva interpretativa sobre os sistemas de signos, significados e ação, levando-se em conta os contextos pessoais, sociais e cultural (Uchoa, 1997), apresentado-se como prolongamento das preocupações da Antropologia Médica canadense e do grupo de Harvard, influenciando estudos e pesquisadores brasileiros, nesse campo.

As análises antropológicas, efetuadas por pesquisadores nacionais, foram pouco incorporadas ao âmbito da Medicina Social e Saúde Coletiva, durante as décadas de 70 e parcela dos 80, voltando-se as reflexões nesse campo à Epidemiologia Social e à análise dos fatores sócio-culturais relacionados à morbimortalidade, descurando-se das dimensões culturais (do significado) dos fenômenos saúde, doença, vida, morte e das práticas médicas e sanitárias.

Contribuições antropológicas da década de 70 desindividualizaram a doença mental, situando-a sob a marca sócio-cultural (Velho, 1979). A discussão prossegue na década de 80, com estudos sobre a genealogia das representações do "nervoso" (nos saberes eruditos e populares), analisando a sua configuração entre as classes trabalhadoras urbanas (Duarte, 1986), através de perspectiva abrangente que discute a construção do mundo e da pessoa na sociedade moderna. Sugere o autor portarem as classes trabalhadoras urbanas uma cultura hierárquica e holística, com especificidade nos modos de pensar o mundo e a pessoa, diferenciando-se da ideologia

dominante individualista e substantivista. Desdobramentos das suas reflexões sugerem a reconstrução de objetos e campos de conhecimento centrados na medicina da pessoa como possibilidade de interlocução entre as Ciências Sociais e a Biomedicina (Duarte, 1997).

Outros estudos das representações não eruditas de saúde e doença, analisaram a cultura somática (Costa, 1980), ou as mediações dos diferentes saberes e práticas de cura, nas concepções e usos sociais do corpo, saúde e doença, e as estratégias de consumo de saúde a elas referidas (Loyola, 1983; 1987), assim como as múltiplas dimensões das representações de saúde e doença, enquanto expressões das significações culturais, das relações sociais, das contradições sociais e da luta política (Minayo, 1988; 1989). Outros analisaram o discurso religioso da doença (Montero, 1985) e a heterogeneidade das representações sociais de saúde e doença entre famílias trabalhadoras urbanas (Canesqui *et al.*, 1988).

A diversidade das experiências da doença, seus contextos de intersubjetividade ou situação diante do mundo da vida cotidiana, na perspectiva fenomenológica apreendem as narrativas (Alves, 1994), ressaltando as contínuas negociações dos indivíduos em relação à heterogeneidade dos sistemas terapêuticos. Um elenco abrangente de etnografias voltou-se para os significados sociais do corpo, situando-o como reflexo da sociedade, não redutível à sua dimensão biológica, como nos trabalhos que integram a coletânea *Corpo & Significado, Ensaios de Antropologia Social* (Leal, 1995).

Essas referências são parciais, visto que os estudos antropológicos realizados na década de 90 analisaram várias doenças (como a AIDS, a tuberculose, as endemias e a doença mental), além de temas como reprodução, sexualidade, gênero, etnia e suas relações com as enfermidades, as intervenções médicas e terapêuticas, repensando o modelo naturalis-

ta do saber médico, pela introdução de valores, relações de força e do sujeito com o seu corpo, instituições e práticas sociais (Birman, 1991).

A ênfase no estudo das doenças evidenciou-se no I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde em 29,0% do total de trabalhos (**Quadro III**). Destacaram-se igualmente naquele evento a análise dos processos produtivos, dos acidentes e das doenças, sob os marcos do processo de globalização. A construção social do risco associado às situações de trabalho está presente na literatura recente, evidenciando a intersubjetividade (Rangel, 1994) e o caráter social da sua produção, e mesmo o processo político de escolhas e negociações (Freitas, 1993).

### 3.4. Recursos Humanos

Este tema compreendeu 8,5% das respostas registradas no Catálogo de Cientistas Sociais (**Quadro II**), estando também presente em 13,0% dos trabalhos apresentados ao I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde (**Quadro III**). A formação de recursos humanos constitui subtema tratado por estudos sociológicos e históricos, relacionados à educação médica e de outros profissionais de saúde. Trata-se de um tema recorrente na produção acadêmica da Saúde Coletiva, abarcando as reformas do ensino médico, nos anos 60, e nelas incluindo as Ciências Sociais, a Medicina Preventiva e a interferência dos arranjos corporativos das profissões de saúde no processo de reforma, debate e reorientação das políticas governamentais (de saúde e educação). Estas políticas tiveram impacto na formação de profissionais de saúde, moldando a organização dos serviços de saúde, do mercado de trabalho e dos recursos humanos demandados pelo setor (Paim, 1994). Não se pode minimizar igualmente os efeitos das alterações experimentadas pelos processos tecnológicos sobre

a prática médica e o estímulo a novas especializações no trabalho dos profissionais de saúde.

Ao revisar o tema no período 1965-1982, Nogueira (1985) identificou uma quantidade razoável de estudos centrados nos currículos médicos e na organização universitária, predominando os *surveys*, embora com lacunas referentes à análise da administração de recursos humanos, das ideologias profissionais, dos movimentos sindicais e associativos, da divisão técnica e integração do trabalho em saúde e da questões educacionais (incluindo a análise do ensino das Ciências Sociais e Saúde – Nunes, 1992).

Várias dessas lacunas persistem, ainda que importantes análises tenham sido elaboradas por profissionais de saúde, incorporando os referenciais das Ciências Sociais, cobrindo a educação médica (Schraiber, 1989) e questões afeitas à organização da corporação médica na conformação das políticas de saúde (Campos, 1988).

Na década de 70 efetivaram-se estudos sociológicos sobre a educação médica no Brasil e na América Latina (Garcia, 1972), centrando-se na escolha ocupacional de estudantes de medicina (Nunes, 1976), ou no ensino das Ciências Sociais para os profissionais de saúde (Campos & Nunes, 1972). Na década de 80, a formação de recursos humanos ganha impulso com a reorientação da política de saúde, suscitando debates e recomendações por parte da ABRASCO. O tema continua em pauta na presente década, através de estudos sobre capacitação de profissionais de nível médio, integração docente-assistencial (com o apoio de organizações internacionais), formulação de uma política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e reformas curriculares do ensino médico.

Ampliaram-se os estudos sociológicos relativos à força de trabalho em saúde e analisaram-se os modelos de saber e prática médica e sua institucionalização no Brasil

(Lemos, 1984). Os trabalhos abrangem de 1850-1930, ressaltando as associações e escolas médicas enquanto portadoras de projetos de ensino e concepções filosóficas e ideológicas sobre a medicina, durante o século XIX (Luz, 1982), e versam sobre temas específicos como o ensino da reprodução humana, fecundidade e demografia nas escolas médicas (Canesqui, 1988), dentre outros...

A produção acadêmica divulgada no I Congresso Brasileiro de Cientistas Sociais evidencia o renovado interesse pelo subtema, compondo com o ensino das Ciências Sociais 6,4% dos trabalhos apresentados (**Quadro III**), o que inclui a avaliação do ensino médico (Gomes *et al.*, 1991; Goldemberg *et al.*, 1995); a avaliação dos cursos de especialização em saúde pública (L'Abbate *et al.*, 1995); a reformulação do ensino das Ciências Sociais nos cursos médicos (Pinto *et al.*, 1995; Silva *et al.*, 1995) e de outros profissionais de saúde, assim como a formação e a prática de homeopatas (Figueiredo, 1995) e a avaliação da integração docente-assistencial (Marsiglia, 1995).

Profissões de Saúde é o outro subtema de Recursos Humanos, com abordagem sociológica, a partir do estudo de Donnangelo (1976), que analisou as modalidades do trabalho médico e a inserção dos médicos no mercado de trabalho, sua articulação com a produção de serviços de saúde e o papel do Estado. A este estudo seguiram-se outras investigações quantitativas sobre a força de trabalho médico e de trabalhadores da saúde, assim como análises sobre as modalidades do trabalho médico e a influência das mudanças tecnológicas da medicina.

Mais recentemente, consolidam-se os estudos sociológicos e históricos, sistematizando as informações sobre a especialização do trabalho médico e das profissões de saúde (Machado, 1996; 1995), analisando o associativismo e a representação dos interesses das profissões na sua relação com o Estado (Labra, 1993) e os processos de trabalho e as repre-

sentações dos trabalhadores pertencentes às instituições públicas de saúde (Marsiglia, 1992). As análises de Gonçalves (1979, 1988) sobre o trabalho médico e sua organização aprofundaram a discussão sobre o processo de trabalho médico, a organização tecnológica da prática médica e o associativismo através da história, trazendo aportes teóricos-metodológicos importantes.

Durante o I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde identificados forma estudos sobre enfermagem e nutrição, a reconstituição histórica de instituições formadoras de profissionais de saúde, além de outros, demonstrando o crescente interesse dos pesquisadores. Persistem lacunas na temática recursos humanos, dentre elas: análises sobre o processo de trabalho em equipe, impulsionadas pela renovação dos modelos assistenciais, associativismo médico, sanitário e dos demais profissionais de saúde, a continuidade de estudos sobre a formação dos profissionais de saúde, além dos renovados interesses na análise dos acordos, jogos, interesses, relações de poder, negociações nas organizações, permitindo a atenção dos estudos micro, macro, conjunturais e históricos.

### **3.5. Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Gênero**

A Saúde Reprodutiva constitui um tema emergente como objeto de investigação das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva. Como lembra Loyola (1992:94): "*a reprodução humana tem sido objeto de estudo principalmente das Ciências Médicas e Biológicas e limitadas, em termos de prática reprodutiva, aos processos de gestação, parto, aleitamento e contracepção, dando-se a interferência do social através do controle tecnológico sobre a natureza, isto é, do processo biológico de concepção e contracepção*". A reprodução biológica, como sugere a autora, não se separa da reprodução da sociedade ou da totalidade

dos sistemas sociais, e intervém, por seu turno, nos diferentes momentos do processo reprodutivo, desde a organização social do coito até a socialização das crianças, terrenos esses repletos de gestão e conflitos. Trata-se portanto de uma concepção mais ampla da Saúde Reprodutiva, não redutível exclusivamente às decisões na esfera da sexualidade, seus riscos e o acesso aos serviços de saúde e às informações (Hernandéz, 1997).

Também a Demografia tem-se interessado pelo processo reprodutivo, com algumas de suas vertentes procedendo a uma desnaturalização do controle da fecundidade e outros eventos vitais. A Demografia abriu-se à interlocução com a Saúde Pública/Coletiva e, particularmente, com as Ciências Sociais, introduzindo a temática das relações entre sociedade, dinâmica populacional e saúde. Como observou Donnangelo (1983:30), revendo pesquisas da década de 70: “[há] *uma ampla linha de estudos demográficos, que comporta além dos esforços originais de refinamento metodológico e da incorporação à análise da saúde de temas até então inéditos, ensaios no sentido de aproximação entre a questão demográfica e a questão social, que evidenciam já novas tendências de tratamento teórico e histórico do social pertinente ao campo da saúde*”. Tratava-se de estudos que, contrariando as teses neomalthusianas, procuravam evidenciar efeitos positivos do crescimento populacional sobre o desenvolvimento econômico e etapas específicas do progresso tecnológico (Singer, 1976), e buscavam novos referenciais sociológicos para a análise dos determinantes da fecundidade, utilizando a categoria reprodução social num sentido amplo (Patarra, 1972).

Todavia a confluência das disciplinas de população e saúde ainda é pouco explorada, e deverá incluir estudos sobre esterilidade, perdas fetais, efeitos da anticoncepção sobre a fertilidade e lactação, o impacto das doenças sexualmente transmissíveis sobre a regulação da fecundidade etc. (Berquó, 1988).

Outras interfaces entre população e saúde compõem uma agenda ampla de pesquisas multidisciplinares (Berquó, 1986): a análise da mortalidade e seus diferenciais por sexo, idade, causas e seus determinantes sócio-econômicos e culturais, situados no tempo e no espaço; os demais componentes da dinâmica populacional (natalidade e processos migratórios); os riscos associados às tecnologias modernas; os problemas de saúde relacionados aos impactos dos processos de colonização e desbravamento de áreas novas, acarretando desequilíbrio ecológico, e processos migratórios.

A produção acadêmica dos cientistas sociais em saúde neste âmbito é ainda exígua, conforme os dados disponíveis no Catálogo de Cientistas Sociais em Saúde. Na década de 80 as pesquisas centraram-se principalmente nas demandas por orientação frente à anticoncepção, sob o ângulo da reprodução social ou das relações entre gênero, saúde e cidadania (Goldemberg, 1986; 1991); nas reflexões sobre a política populacional (Tavares, 1986); na análise da institucionalização dos programas de planejamento familiar nos âmbitos privado e governamental ou dos organismos internacionais relativos à educação sexual (Canesqui, 1984; 1985); no debate parlamentar sobre a questão demográfica (Rodrigues, 1987) e nas relações entre mortalidade e classe social (Nunes *et al.*, 1981).

Na década de 80, a saúde da mulher foi objeto de reformulação e ampliação conceitual no âmbito da política governamental de saúde, com a introdução de serviços de atenção na rede pública. Neste sentido intensificou-se o debate entre os profissionais de saúde e os grupos organizados de mulheres, e foram produzidos análises e documentos, ainda que nem sempre de cunho acadêmico. Na década de 90 abrem-se reflexões sobre as categorias de gênero; homossexualidade/heterossexualidade (Vaitsman, 1994; 1995); as transformações na esfera da reprodução e das

práticas anticonceptivas; as relações entre o biológico e o social no âmbito da reprodução e da sexualidade (Giffin, 1991; 1994). Discutem-se ainda aplicações de novas tecnologias (Salem, 1994; Hardy, 1995); o aborto é debatido na esfera parlamentar (Rocha, 1995); aborda-se ainda a educação sexual (Lefèvre *et al.*, 1995) e as relações de gênero.

A AIDS e as representações sociais por ela evocadas, os comportamentos sexuais e as estratégias desenvolvidas para o seu controle tornaram-se objetos de investigações, envolvendo demógrafos e cientistas sociais (Loyola, 1994). Tais temáticas compuseram o eixo Gênero, Sexualidade e Reprodução, discutido no I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, com 9,1% do total de trabalhos e 9,0% dos temas de interesse dos cientistas sociais (**Quadro III**).

### 3.6. Movimentos Sociais e Saúde

Trata-se de um tema emergente, com tendência à ampliação, que correspondeu a 5,5% do total de temas/áreas dos cientistas sociais dedicados à saúde (**Quadro II**). É ainda marginal no campo da Saúde Coletiva (Souza, 1990), a despeito da relevância de que a questão se reveste nas Ciências Sociais, desde o fim da década de 70 (Costa, 1989). As interpretações da produção acadêmica específica sugerem, numa primeira fase, a “emergência heróica” destes movimentos sociais, o seu espontaneísmo e a possibilidade de fratura do sistema político autoritário. Numa segunda fase (anos 80), observa-se a institucionalização destes movimentos e sua relação com o Estado, particularmente no modo de gerir as políticas públicas no contexto de democratização da sociedade brasileira e a sua interação pluripartidária (Cardoso, 1994).

A institucionalização dos movimentos sociais é analisada por Jacobi (1989), com relação à questão do saneamento básico e da saúde, no período 1974-1984. Partindo de

experiências reivindicatórias na periferia urbana de São Paulo, seu trabalho enfatiza as relações entre a lógica de intervenção do Estado e as demandas populares e os rearranjos político-institucionais, daí decorrentes.

Mas, ainda que se constata a retomada do debate sobre os movimentos sociais (Costa, 1989; Stotz, 1995), evidencia-se como tendência atual a ênfase na questão da cidadania, não enquanto produto mecânico da organização, mobilização e mecanismos de participação, mas como forma política e social a ser permanentemente aperfeiçoada e transformada. Algumas das concepções de cidadania polarizam as relações entre o Estado e a sociedade civil, e dicotomizam os direitos individuais e sociais (Valla, 1991). Nesse sentido, sublinha-se a necessidade de construção da ordem democrática em sociedades marcadas por grandes diferenças sociais, sob o modelo de acumulação capitalista, com limitações relevantes do Estado em atender às demandas sociais (Cohn, 1991).

Outras análises tematizam as relações entre Estado e sociedade (grupos organizados, movimentos sociais ou clientelistas de serviços públicos de saúde, Conselhos de Saúde), atribuindo, por um lado, a crise do poder instituinte do Estado, associando-a à crise social (forte exclusão e estratificação), às dificuldades de constituição de “sujeitos coletivos” na construção de um padrão redistributivo de proteção social (Stotz, 1995). De outro ponto de vista, alguns autores se debruçaram sobre o cotidiano e sua complexidade, procurando desvendar as representações sociais dos direitos de cidadania; as relações com os serviços de saúde, políticas públicas e sociais, valendo-se de pesquisas participativas, e procurando compreender as diferenças e as formas de aproximação com a sociedade civil, especialmente por parte dos setores socialmente destituídos (Zioni, 1995; Adorno, 1995; Westphall, 1995).

Estes estudos tomam como eixo de discussão o nexo entre cidadania e democracia



política, recusando o reducionismo econômico, e enfatizando tanto os constrangimentos impostos pela crise política e econômica como a dimensão cultural da cidadania e o papel dos intelectuais na sua constituição. Cabe registrar a relativa invisibilidade dos estudos sobre movimentos e organizações sociais específicas, e suas relações com as condições de saúde, exceção feita aos que tematizam a questão da AIDS.

### 3.7 Violência e Saúde

O tema da violência começou a instigar as Ciências Sociais no contexto da transição democrática, no âmbito das questões relativas aos direitos humanos, após anos de arbítrio e de governos fundados na coerção. Fenômeno complexo, a violência encerra discursos diversos: o jurídico, baseado nas normas e leis; o sociológico, em torno das suas causas, da sua dinâmica social, acomodação e conflito; o político, relacionado a propostas vinculadas à segurança do Estado e do cidadão; o psicológico, interessado nos sentimentos e atitudes; o sensacionalista, que explora a expressão dramática da violência, individualizando os fatos (Benevides, 1985). Trata-se enfim de um problema intrincado, que antes de ser ponto de partida, é, na verdade, um feixe de muitos nós e fios (Pineiro *et al.*, 1985).

A questão da Violência e Saúde integra a agenda da Saúde Pública a partir do final dos anos 80, fazendo com que a OPAS recomende a adoção de planos nacionais de prevenção e controle face à magnitude do problema em diversos países latino-americanos e, especificamente, no Brasil. Um estudo sobre violência e mortalidade na América Latina, referente ao período 1968-1986 (Souza *et al.*, 1989) demonstrou que, a partir de 1985, as mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas foram encontradas no Chile, com 74,8 óbitos por cem mil habitan-

tes; em Cuba, com 71,8/100.000 e no Brasil, com 63,3/100.00.

No Brasil, o estudo destaca a importância, em todas as suas regiões e nos grupos etários de 5-19 e 20-49 anos, das mortes por causas externas. No primeiro grupo etário destacam-se, em ordem decrescente, os acidentes de trânsito, os acidentes de efeito tardio e os homicídios, e, no segundo grupo etário, os acidentes de trânsito, seguidos dos homicídios. Os estudos alertam para as consequências da violência para os serviços de saúde, na demanda por serviços especializados, nos processos de reabilitação e aspectos médicos-legais, na pressão sobre os serviços de emergência, além do impacto sobre os profissionais de saúde e o aumento dos custos hospitalares.

Para as Ciências Sociais dedicadas à saúde, a compreensão do tema procura seguir uma postura e prática interdisciplinar. Para Minayo (1991), a violência não constitui um problema exclusivo de saúde pública, dada a sua complexidade e inter-relações. Haveria quatro tipos de violência: a estrutural, assentada nas desigualdades sociais; a cultural, inseparável da estrutural, mas incluindo as discriminações de classe, raça, sexo e idade; a delinqüência, abrangendo as transgressões sociais, os conflitos e as formas de desintegração dos valores tradicionais e a resistência de grupos e classes sociais (Minayo, 1994). O enfrentamento destas vertentes dependeria da integração da política de saúde com os demais setores sociais, campos disciplinares e com a sociedade civil.

Médici (1992) chama a atenção para o fato do estudo da epidemiologia da violência remeter sempre à epidemiologia da desigualdade, acentuando a precariedade das condições de vida, numa sociedade marcada pela iniquidade na apropriação dos meios de produção e renda. Esta sociedade alimenta formas de abuso do poder econômico e modos irracionais de vida, legitimando o uso irracional do automóvel, as indústrias poluentes e os processos de trabalho insalubres.

Os estudos sobre o tema se iniciam basicamente na presente década. Entre os cientistas sociais do campo da saúde, a questão respondeu por 3.1% dos temas (**Quadro II**) e por 4.4% dos trabalhos apresentados ao I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde (**Quadro III**).

Um conjunto de pesquisas evidencia preocupações com as práticas de extermínio (Cruz Neto *et al.*, 1994); a assistência médica às vítimas da violência doméstica, especialmente de crianças e adolescentes (Deslandes, 1994); as relações entre violência e Saúde Pública (Minayo, 1994) e violência e acidentes de trabalho (Machado *et al.*, 1994); os padrões de prevalência da violência segundo gênero (Ratton Jr., 1995); dados sócio-epidemiológicos da mortalidade por causas externas (Souza, 1991; Assis, 1991) e questões teórico-conceituais (Minayo, 1991; Cruz Neto, 1995). A incorporação da pesquisa qualitativa pode contribuir para a elucidação dos motivos e circunstâncias em que ocorrem os eventos violentos, a análise de representações sociais, a compreensão da dimensão social da morbi-mortalidade e seus condicionantes gerais e singulares.

### **3.8. Educação e Comunicação em Saúde**

É preciso qualificar estes temas para não torná-los equivalentes, ainda que sob uma rubrica comum, preservando especificidades disciplinares, concepções e controvérsias explicativas.

A educação – prática social para uns, instituição social para outros – diz respeito à geração e transmissão de conhecimento, habilidades e valores, sempre tensionados pela natureza das relações sociais e políticas das distintas sociedades, que, por seu turno, interferem na sua distribuição social.

O tema Educação e Saúde tem merecido análises sociológicas a partir das idéias

foucaultianas dos saberes como dispositivos de relações e poderes disciplinares ou políticos. Desta forma, Costa (1980) explicitando, nos diferentes períodos da história da higiene e saúde pública do país, os elos entre a pedagogia e as intervenções médicas e sanitárias, mostrou a sua face moralizadora, sempre por referência às classes subalternas, e sua “missão civilizatória” na construção da nação, particularmente durante a República Velha. Discurso este atualizado nos anos 20 pela aliança entre educadores da escola nova e os sanitaristas, numa pedagogia de formação de hábitos sadios, que convivia com outros projetos eugênicos, revigorados no primeiro governo Vargas.

Desde a metade dos anos 40, uma pedagogia sanitarista associou-se ao combate às endemias e ao saneamento, propondo-se a vencer barreiras na esfera dos comportamentos, valores, costumes e hábitos e resistências às inovações tecnológicas, aproximando-se também das Ciências Sociais, na formação de educadores de Saúde Pública (Mello, 1980). Oshiro (1988), ao analisar as práticas institucionalizadas de Educação em Saúde no Brasil, concluiu que os projetos educativos assimilados pelas instituições governamentais não se desvincularam da hegemonia da Medicina, enquanto conjunto de práticas autoritárias, normalizadoras e disciplinadoras das condutas e comportamentos. Somente na década de 50, no contexto das políticas de controle de endemias do Departamento Nacional de Endemias Rurais, foram estas práticas reformuladas, voltando-se para a formação da consciência sanitária e rompendo com a concepção de educação sanitária anterior.

As reflexões críticas sobre a educação sanitária, a educação “em” ou “na” saúde mostraram o equívoco de reduzi-las a mensagens informativas e redefiniram suas concepções e práticas dentro de uma pedagogia política dirigida aos movimentos sociais, como componente da educação “popular”, na década de 80. Mais recentemente, a educação em

saúde passa a ser concebida como integrante do processo político-cultural de constituição da democracia, dos direitos e da cidadania, centrando-se, sobretudo, nas relações interpessoais e sociais, através das quais se realizam as práticas institucionais de saúde.

Na Comunicação, por sua vez, entrecruzam-se vários saberes disciplinares e um profícuo repertório conceitual – indústria cultural, cultura de massa, sociedade de massa –, cuja análise contextualizada foi efetuada por Cohn (1973). A análise sociológica da comunicação, enquanto processo constitutivo de toda a sociedade, remete-a às condições de produção de uma modalidade específica de manifestação ideológica e o modo como esta produção é refletida nos produtos.

A questão da Comunicação e Saúde tornou-se objeto de renovadas preocupações e experiências, a partir da segunda metade da década de 80, durante o processo de reformulação das políticas de saúde sob a transição democrática e do engendramento propositivo da reforma sanitária. Instigados também pela emergência da AIDS – objeto de intervenção de políticas preventivas e de comunicação públicas e privadas – os estudos têm se debruçado sobre controvertidas campanhas nacionais nos meios de comunicação de massa. Os cientistas sociais pouco aprofundaram este campo, preenchido por educadores, comunicadores, jornalistas e outros profissionais que assimilaram os referenciais sociológicos e antropológicos.

Plasmou-se um campo multidisciplinar, centrado na comunicação e saúde (Pitta, 1995), que a Antropologia tem examinado, através do estudo das representações do corpo, saúde e doença do senso comum, e dos múltiplos discursos, reinterpretações e experiências de vida que as compõem, incluindo os veiculados pela mídia (Rondelli, 1995).

As reflexões sociológicas inscreveram o fenômeno da comunicação nos usos sociais das novas tecnologias de informação e comunicação – face contemporânea da moderniza-

ção, que dentre os seus processos e investimentos incorporam a ciência ao território das relações sociais e das oportunidades econômicas (Ribeiro *et al.*, 1995). Ribeiro *et al.* observam que as informações sobre saúde, corpo, práticas de embelezamento e medicina privada interessam à indústria cultural e ao *marketing*, reforçando o sistema empresarial e privado de atenção médica, que disputa espaços com o sistema público de saúde. As pesquisas apontam para a necessidade de políticas capazes de socializar conhecimentos e promover acesso à informação, ampliando o sentido social e político das práticas de gestão das necessidades e carências.

Os dados sugerem que se trata de um assunto emergente, com 4,1% das respostas (**Quadro II**). Educação e Comunicação e Saúde concentraram 9,0% do total dos trabalhos apresentados ao I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais (**Quadro III**), não se circunscrevendo às contribuições dos cientistas sociais, e incluindo análise de experiências e a produção de tecnologias (vídeos). Há portanto uma agenda de pesquisas que poderá abarcar, não apenas o processo de produção, circulação e consumo de bens culturais relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde, como também a produção de mensagens, levando em conta os receptores e seus diferenciados códigos. Esta temática constitui uma das vias da relação das Ciências Sociais com as instituições prestadoras de serviços de saúde. Essa articulação é relevante sobretudo na assessoria a movimentos sociais, às práticas conselhistas de saúde, à implementação de novos mecanismos pedagógicos e informacionais, e às análises de intervenção.

### **3.9. Planejamento, Gestão e Avaliação dos Serviços de Saúde**

Os dados disponíveis no Catálogo evidenciam o reduzido envolvimento dos cientistas sociais nas pesquisas relacionadas a este

tema, somando 6,6% das referências, com a presença basicamente de duas instituições: o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON - UFMG) e a Fundação para o Desenvolvimento da Administração Pública (FUNDAP). Não é possível detalhar, à luz dos dados cadastrados, a produção nesta área, menos ajustada ao perfil dos cientistas sociais. Contudo, na literatura recente, esboçam-se preocupações, no âmbito das Ciências Sociais e Saúde, com a avaliação de serviços de saúde, através dos métodos qualitativos (Deslandes, 1995) e da pesquisa participativa (Westphal, 1995), tanto quanto o trabalho de assessoria às instituições prestadoras de serviços de saúde ou aos Conselhos de Saúde, práticas estas ainda relativamente restritas.

São explorados, no âmbito da avaliação dos programas sociais ou de saúde, o potencial dos estudos experimentais, associados à interpretação sócio-antropológica (Santos, 1997), abrindo-se às análises dos impactos e aos estudos referentes à implementação das políticas, ainda pouco desenvolvidos em nosso meio.

### **Considerações Finais**

Seria por demais exaustivo retomar com profundidade as distintas dimensões nele abordadas. A exposição adotada permitiu estabelecer conclusões parciais em cada uma delas, oferecendo trajetórias, conteúdos, características assumidas e o mapeamento de alguns problemas e perspectivas. O equacionamento de várias questões poderá concorrer para o amadurecimento das Ciências Sociais e Saúde. Certamente houve omissões, dentre elas, a de não abranger o conjunto da produção acadêmica da área e sua diversidade, sendo possível a exclusão inadvertida de trabalhos relevantes produzidos.

Não se pode, contudo, negar a visibilidade e o amadurecimento conquistado, du-

rante estas três últimas décadas, pelas Ciências Sociais, no âmbito da Saúde Coletiva. Cabe ampliar sua interlocução com outros campos da biomedicina, com os saberes e as práticas psicológicas e psiquiátricas, e a sua maior inclusão na formação de outros profissionais de saúde. Pode-se vislumbrar inúmeras outras possibilidades de ampliação e aprofundamento temático, assim como consolidação de subcampos disciplinares, cujo processo de especialização é visível e não particular às Ciências Sociais e Saúde. Lembra-se que a compartimentalização dos saberes – processo de longa curso na constituição das ciências modernas – e de suas bases institucionais, através da separação dos profissionais em departamentos, áreas ou subáreas, reproduz no plano das idéias e na sua contrapartida sociológica normativa, a diferenciação crescente da sociedade, dificultando a unificação das Ciências Sociais em torno da unidade perdida da totalidade.

Com diversidade temática e de perspectivas teórico-metodológicas e epistemológicas, as várias Ciências Sociais no campo da saúde resistem às análises monoparadigmáticas, particularmente, à forte influência dos vários marxismos na conformação da Saúde Coletiva. Sob o ponto de vista teórico, há maior flexibilidade e heterodoxias nas Ciências Sociais e Saúde, recorrendo-se cada vez mais a teorias não globalizantes, mediadoras e de médio alcance, sem contudo descartar os paradigmas clássicos que instigam permanentemente a recriação, a reflexão e as adaptações diante dos objetos que visam pesquisar, assim como diante dos processos e crises sociais que buscam explicar.

Certamente a profusão e a diversidade profissional, teórica e temática presentes nas Ciências Sociais e Saúde não permitem restringir a sua contribuição à produção do “saber militante”. Igualmente não se pode falar de seu envolvimento mecânico com a reforma social, sobretudo vista como um dos pilares fundamentais do movimento sanitário.

Ou seja, a produção acadêmica também envolveu a problematização e a crítica de inúmeras questões. O volume da produção acadêmica, a diversidade dos conteúdos transmitidos nos diferentes níveis de ensino, ao longo das três últimas décadas, reforçam a heterogeneidade de vocações das Ciências Sociais e Saúde no interior da Saúde Coletiva.

Cabe desenvolver, tanto análises próprias às Ciências Sociais, aprofundando o seu conhecimento e reflexão, quanto a maior aproximação com outros campos disciplinares da Saúde Coletiva, como a Epidemiologia e o Planejamento, Gestão e Avaliação dos Serviços de Saúde. Estas relações têm sido pouco exploradas, exceto no desenvolvimento da Epidemiologia Social, enfrentado embaraços e crises de realização, diante de outras Epidemiologias mais pragmáticas. Mas, talvez, estejamos mais próximos da pluridisciplinaridade, onde cada campo de conhecimento procura firmar-se e estruturar-se no âmbito da Saúde Coletiva. Estas aproxima-

ções poderão proporcionar às Ciências Sociais um maior envolvimento com as instituições de saúde, não apenas no âmbito da pesquisa, como também nos meandros das políticas de saúde, do trabalho dos profissionais de saúde e das suas relações com os usuários, perspectivas essas incorporadas por parcela ainda restrita de cientistas sociais.

Se é possível desenhar possibilidades de ampliação e amadurecimento das Ciências Sociais no campo da saúde, não se pode, por outro lado, negar os cerceamentos decorrentes de um contexto estrutural de crise mais geral, afetando as instituições (de saúde, ciência e tecnologia, universitárias), afetando a disponibilidade e a ampliação do quadro docente, suas condições de trabalho, assim como a oferta de recursos para a pesquisa. Isto poderá constranger a extensão e a presença da contribuição dos cientistas sociais na formação dos profissionais de saúde, mesmo que as demandas se diversifiquem e ampliem.

**Quadro 1 - Cientistas Sociais em Saúde segundo Regiões, Estados e Instituições, 1993.**

	N	%	N	%
<b>Região Sudeste</b>				
<b>Rio de Janeiro</b>	62	39,5		
Escola Nacional de Saúde Pública			24	15,0
Casa de Oswaldo Cruz			11	7,0
Outras unidades			4	2,5
Universidade Estadual do Rio de Janeiro			10	6,5
Universidade do Rio de Janeiro			2	1,3
Universidade Federal do Rio de Janeiro			5	3,0
Outras instituições			6	4,0
<b>São Paulo</b>	50	31,5		
Universidade de São Paulo				
Faculdade de Saúde Pública			12	7,5
Outras unidades			4	2,5
Universidade Estadual de Campinas				
Faculdade de Ciências Médicas			4	2,5
Outras unidades			5	3,0
Universidade do Estado de São Paulo			4	2,5
Escola Paulista de Medicina			2	1,3
Faculdade de Medicina da Santa Casa			2	1,3
F. de Desenvolvimento Administrativo			10	6,5
Outras instituições			7	4,5

	N	%	N	%
<b>Minas Gerais</b>	<b>27</b>	<b>17,0</b>		
Universidade Federal de Minas Gerais				
Faculdade de Medicina			6	4,0
Outras unidades			16	10,0
Outras instituições			5	3,0
<b>Região Nordeste</b>	<b>10</b>	<b>6,5</b>		
<b>Bahia</b>				
Universidade Federal da Bahia			3	2,0
Universidade do Sudeste da Bahia			1	0,6
Universidade Federal de Feira de Santana			1	0,6
<b>Rio Grande do Norte</b>				
Universidade Federal do R. G. do Norte			4	2,5
Outras instituições			1	0,6
<b>Região Sul</b>	<b>8</b>	<b>5,0</b>		
<b>Santa Catarina</b>				
Universidade Federal de Santa Catarina			2	1,3
<b>Rio Grande do Sul</b>				
Secretaria de Saúde e Meio Ambiente			1	0,6
Universidade Federal do R. G. do Sul			2	1,3
<b>Paraná</b>				
Universidade Federal do Paraná			2	1,3
Universidade Estadual de Londrina			1	0,6
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>		
Ministério da Saúde			1	0,6
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ABRASCO (1995) – *Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde*. RJ.

**Quadro II – Temas e Disciplinas de Interesse dos Cientistas Sociais em Saúde**

Temas ou disciplinas	N	%
<b>Temas</b>		
Política e Instituições de Saúde	57	29,0
Saúde e Doença	22	11,5
Recursos Humanos	16	8,0
Planejamento, Gestão e Avaliação dos Serviços de Saúde	13	6,6
Movimentos Sociais e Saúde	11	5,6
Educação e Comunicação em Saúde	8	4,0
Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Gênero	8	4,0
Teoria e Metodologia da Pesquisa	7	3,7
Sistemas Terapêuticos ou Alternativos de Cura	7	3,7
Violência e Saúde	6	3
<b>Disciplinas</b>		
Antropologia Médica ou da Saúde	7	3,7
Sociologia da Saúde ou das Doenças/Ciências Sociais Aplicadas	9	4,5
Demografia e Economia da Saúde	2	1,0
Sociologia do Conhecimento/Epistemologia	4	2,0
História das Doenças e da Saúde Pública	10	5,0
Epidemiologia Social	2	1,0
Outros	7	3,7
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ABRASCO (1995). *Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde*. RJ.

## Informações suplementares:

I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. 1993. Belo Horizonte; I Encontro Nacional de Antropologia Médica. 1993. Salvador; Oficina de Trabalho sobre Ciências Sociais em Saúde. 1995. Rio de Janeiro; Oficina de Trabalho para Elaboração do I Plano Diretor da Área de Ciências Sociais em Saúde. 1996. Campinas; Oficina de Trabalho para Elaboração do I Plano Diretor da Área de Ciências Sociais em Saúde.

de. 1997. Águas de Lindóia.

O Programa de Investigação e Desenvolvimento Tecnológico da Saúde, pertencente à Organização Mundial da Saúde, propõe-se a estimular a pesquisa e o ensino em História da Saúde na América Latina, atraindo o interesse de historiadores para os temas de saúde pública, e promover o diálogo entre estes profissionais, cientistas sociais, pesquisadores e setores da área de Saúde Pública

---

## Referências bibliográficas<sup>3</sup>

- ABRASCO (1982) – I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva. Relatório Final, São Paulo.
- ABRASCO (1983) – Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores na Área de Ciências Sociais em Saúde. Relatório Final, Salvador.
- ABRASCO (1993) – I Encontro Nacional de Ciências Sociais em Saúde. *Anais*, Belo Horizonte.
- ABRASCO (1995) – Ciências Sociais em Saúde. Relatório da Oficina de Trabalho. *Boletim ABRASCO* XIII(56):5-7.
- ABRASCO (1995) – Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde. Rio de Janeiro, mimeo.
- ABRASCO (1997). Plano Diretor de Ciências Sociais em Saúde. Relatório Final, Rio de Janeiro (mimeo).
- ADORNO, R.C.F. (1992). Sociologia da Ação e Atores na Saúde. In: Spínola, A.W.P. (org.) – *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez Editora.
- ALMEIDA FILHO, N. (1992) - Por una Epidemiología Social (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). *Cuadernos Médico Sociales* 61:43-7.
- ALVES, P.C. (1994) – O Discurso sobre a Enfermidade Mental. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (orgs.) - *Saúde e Doença. Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- ALVES, P.C. & RABELO, M.C. (1996) – O Status Atual das Ciências Sociais em Saúde no Brasil: Alguns Dilemas e Perspectivas. XX Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, mimeo.
- BARROS, M.E.D. (1997) – Política de Saúde: A Complexa Tarefa de Enxergar a Mudança Onde Tudo Parece Permanência. In: Canesqui, A.M. (org.) – *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO.
- BENEVIDES, M.V. (1985) – O Fio da Navalha: O Debate sobre a Violência Urbana. *Temas IMESC* 2(2):71-76.
- BERQUÓ, E. (1986) – Apresentação. População e Saúde. Seminário Latinoamericano. *Anais* 1:9-11, Campinas.
- BERQUÓ, E. (1988) – A Produção da ABEP sobre Fecundidade. In: Berquó, E. (org.) – *ABEP. Primeira Década: Avanços, Lacunas e Perspectivas*. Belo Horizonte; ABEP.
- BIRMAN, J. (1991) – Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* I(2):7-22.
- BODSTEIN, R.C. (1992) – Ciências Sociais e Saúde Coletiva: Novas Questões, Novas Abordagens. *Cadernos de Saúde Pública* 8(2):140-149
- BODSTEIN, R.C. (1996) – Inovação na Análise das

---

<sup>3</sup> NE - Devido à extensão da bibliografia citada, procedemos a algumas simplificações no que diz respeito a obras multiautorais citadas mais de uma vez e lista de autores.

- Políticas de Saúde no Campo da Saúde Coletiva. In: Costa, N.R. & Ribeiro, J.M. (orgs.) – *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- BODSTEIN, R.C. (1997) – Política e Serviços na Perspectiva Sociológica (Notas metodológicas). In: Canesqui, A.M. (org.) – *op. cit.*
- BRAGA, J.C. & PAULA, S.G. (1981) – *Saúde e Previdência. Estudos de Políticas Sociais*. São Paulo: CEBES/Hucitec.
- BREIHL, J. & GANDRA, E. (1980) – *Investigación de la Salud en la Sociedad*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- BREIHL, J. (1981) – *Epidemiologia: Economía, Medicina y Política*. Santo Domingo: Colección SESPAS.
- BUCHILLET, D. (1981) (org.) – *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.
- CAMPOS, G.V.S. (1988) – *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, R.Z. & NUNES, E.D. (1976) – O Ensino das Ciências Sociais nas Escolas Profissionais da Área de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 10:383-90.
- CANESQUI, A.M. (1985) – Planejamento Familiar nos planos governamentais. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2(2):1-20.
- CANESQUI, A.M. (1988). O Ensino da Reprodução Humana, Controle da Fertilidade e dos Assuntos Populacionais nas Faculdades de Medicina dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica* 12(1):32-38.
- CANESQUI, A.M. (1988) – Antropologia e Alimentação. *Revista de Saúde Pública* 22(3):207-16.
- CANESQUI, A.M. (1992) – Consumo e Avaliação dos Serviços de Saúde. In: Spinola, A.W. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- CANESQUI, A.M. (1994) – Notas sobre a produção acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (orgs.) – *op. cit.*
- CANESQUI, A.M. (1995) – As Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: Canesqui, A.M. (org.) – *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO.
- CANESQUI, A.M. (1997) – Introdução: Os Novos Rumos das Ciências Sociais e Saúde. In: Canesqui, A.M. (org.) – *op. cit.*
- CANESQUI, A.M. & QUEIROZ, M.S. (1988) – Saúde e Doença nas Famílias Trabalhadoras. XVI Reunião Brasileira de Antropologia. Campinas, mimeo.
- CARDOSO, R.C.L. (1994) – A Trajetória dos Movimentos Sociais. In: Dagnino, E. (org.) – *Anos 90. Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- CARRARA, S. (1996) – *Tributo a Vênus. A Luta Contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- CARRARA, S. (1989) – Crime e Loucura: O Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século. Dissertação de Mestrado. Museu Nacional – UFRJ, Rio de Janeiro, mimeo.
- CHAULBOUB, S. (1996) – *Cidade Febril. Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras.
- COHN, A. (1981) – *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. São Paulo: Editora Moderna.
- COHN, A. (1991) - Debatedo a Questão. In: Spínola, A.W.P. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- COHN, A. (1995) – Saúde e Cidadania: Análise de uma Experiência de Gestão Local. In: Eibenschutz, C. (org.) – *Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- COHN, A. (1997) – Estado, Políticas Públicas e Saúde. In: Canesqui, A.M. (org.) - *op. cit.*
- COHN, A. *et al.* (1991) – *A Saúde como Direito e como Serviço*. São Paulo. Cortez Editora/CEDEC.
- COHN, A. & NUNES, E.D. (1988) – A Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado). In: ABRASCO (org.) – *Estudos de Saúde Coletiva* 5. Rio de Janeiro; ABRASCO.
- COHN, G. (1973) – *Sociologia da Comunicação. Teoria e Ideologia*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- CORREA, M. (1982) – Antropologia e Medicina Legal: Variações em Torno de um Mito. In: Vários Autores – *Caminhos Cruzados*. São Paulo:



- Ed. Brasiliense.
- COSTA, A.M. (1980) – Riqueza de Pobre: Um Estudo em Antropologia da Saúde. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia – UNB, Brasília, mimeo.
- COSTA, N.R. (1980) – Estado, Educação e Saúde a Higiene da Vida Cotidiana. In: Canesqui, A.M. et al. (orgs.) – *Educação e Saúde*. São Paulo: Cortez Editora/CEDES/A. Associados
- COSTA, N.R. (1985) – *Lutas Urbanas e Controle Sanitária. Origens das Políticas de Saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- COSTA, N.R. (1989) – Transição e Movimentos Sociais: Contribuição ao Debate da Reforma Sanitária. In: Costa, N.R. et al. (orgs.) - *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO.
- COSTA, N.R. (1995) – Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. In: Eibenschutz, C. (org.) – *op. cit.*
- COSTA, N.R. (1996) – O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90. A Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: Costa, N.R. & Ribeiro, J.M. (orgs.) – *op. cit.*
- CRUZ NETO, O. (1995) – Corpos e Sonhos Destruídos: Relações entre Violência, Pobreza e Exclusão Social. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 62, Curitiba.
- CRUZ NETO, O. & MINAYO, M.C.S. (1994) – Extermínio: Violentação e Banalização da Vida. *Cadernos de Saúde Pública* 10(supl.1):191-212.
- DESLANDES, S.F. (1994) – Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. *Cadernos de Saúde Pública* 10(supl.1):177-87.
- DESLANDES, S.F. (1995) – Concepções em Pesquisa Social. Articulação com o Campo de Avaliação em Serviços de Saúde. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 31, Curitiba.
- DONNANGELO, M.C.F. (1975) – *Medicina e Sociedade. O Médico e seu Mercado de Trabalho*. São Paulo: Editora Pioneira.
- DONNANGELO, M.C.F. (1983). A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil – A Década de 70. In: ABRASCO (org.) – *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. (1976) – *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- DUARTE, L.F.D. (1986) – *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq.
- DUARTE, L.F.D. (1997) – A Propósito da Novidade dos Objetos e Realidades em Ciências Sociais Contemporâneas. In: Canesqui, A.M. (org.) – *op. cit.*
- ELIAS, P.E.M. et al. (1988) – Contribuições para o Debate sobre Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. In: ABRASCO (org.) – *Estudos de Saúde Coletiva 5*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- FERNANDES, G. (1957) – Introdução à Segunda Edição. In: Freyre, G. – *Problemas Brasileiros de Antropologia*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio.
- FIGUEIREDO, A.M. de (1995) – A Constituição Profissional da Medicina Homeopática na Interação com a Medicina Alopática. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 38, Curitiba.
- FLEURY, S.M. (1992) – Estado, Poder e Democratização da Saúde. In: Fleury, S.M. (org.) – *Saúde Coletiva? Questionando a Onipotência do Social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará
- FLEURY, S.M. (1997) – Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In: Canesqui, A. M. (org.) – *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- FLEURY, S.M. (1989) – *Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez Editora/ABRASCO.
- FREITAS, C.M. de F. (1993) – Avaliação de Riscos Químicos e Saúde: Contribuição das Ciências Sociais. I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Belo Horizonte.
- FRY, P.H. & HOWE, G.N. (1975) – Duas Respostas à Aflição: Umbanda e Pentecostalismo. *Debate & Crítica* 6:75-94.
- GALVÃO, J. (1994) – AIDS e Ativismo: O Surgimento e Construção de Novas Formas de Solidariedade.

- de In: Parker, R. *et al.* (orgs.) – *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/ Relume Dumará
- GARCIA, J.C. (1972) – *La Educación Médica en América Latina*. Washington: OPS.
- GERSHMAN, S. & VIANNA, M.L.V. (1997) – *A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- GIFFIN, K. (1991) – A Mulher, a Cidade e os Programas Sociais. In: IBAM/UNICEF (orgs.) – *Mulher e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF
- GIFFIN, K. (1994) – Esfera de Reprodução em uma Visão Masculina: Considerações sobre a Articulação da Produção e Reprodução, de Classe e de Gênero. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* 4(1):23-40.
- GIOVANELLA, L. *et al.* (1995) – Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz, C. (org.) – *op. cit.*
- GIOVANNI, G. (1980) – *A Questão dos Remédios no Brasil. Produção e Consumo*. São Paulo: Editora Polis.
- GOLDENBERG, P. (1986) – Mulher, Saúde e Cidadania: Considerações sobre a Incorporação de Tecnologia de Contracepção. V Encontro Nacional de Estudos Populacionais. *Anais*. Vol. 2, pg. 206. Águas de São Pedro.
- GOLDENBERG, P. (1991) – Contracepção e Reprodução Social. In: Spínola, A.W.P. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- GOLDENBERG, P. *et al.* (1995) – Questões em torno da Aparente Incompatibilidade entre Graduação Médica e Especialização. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 66, Curitiba.
- GOMES, M.H.A. *et al.* (1991) – Ensino Médico na Escola Paulista de Medicina: Opiniões e Expectativas de Docentes, Alunos e Egressos. In: Spínola, A.W. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- GONÇALVES, R.B.M. (1979) – Medicina e História. Raízes Sociais do Trabalho Médico. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - USP, São Paulo, mimeo.
- GONÇALVES, R.B.M. (1986) – Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde; Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina – USP, São Paulo (mimeo).
- GUIMARÃES, R. & SAYD, J.D. (1994) – A Pesquisa em Saúde na Década de 80. In: Guimarães, R. & Tavares, R. (orgs.) – *Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO.
- HARDY, E. *et al.* (1995) – A Inseminação Artificial por Doador: O Sigilo. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 50, Curitiba.
- HERNANDEZ, I. (1997) – El Concepto de Salud Reproductiva y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Una Perspectiva Institucional. IV Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. México, mimeo.
- IYDA, M. (1988) – Saúde Pública: Reprodução ou Legitimação? Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, mimeo.
- JACOBI, P. (1989) – *Movimentos Sociais e Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez
- JUNQUEIRA, L. P. (1997) – A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: Canesqui, A.M. (org.) – *op. cit.*
- L'ABBATE, S. (1992) – O Direito à Saúde: Da Reivindicação à Realização. Projeto de Política de Saúde em Campinas. In: Spínola, A.W.P. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- L'ABBATE, S. *et al.* (1995) – Capacitação de Profissionais de Saúde Pública: Um Modelo de Avaliação. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 66, Curitiba.
- LABRA, M.E. (1988) – O Movimento Sanitarista dos Anos 20: Da Conexão Sanitária Internacional à Especialização em Saúde Pública. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, mimeo.
- LABRA, M.E. (1993) – Associativismo no Setor Saúde Brasileiro e Organização de Interesse do Empresariado Médico. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* 3(2):192-223.
- LABRA, M.E. *et al.* (1988) – A Especialização em Saúde Pública no Brasil no Período 1982-1986.

- In: ABRASCO (org.) – *Estudos de Saúde Coletiva nº 5*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. (1989) – *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Editora Hucitec.
- LEAL, D.F. (org.) (1995) – *Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Editora da Universidade.
- LEFÈVRE, F. *et al.* (1995) – Pesquisa como Instrumento de Avaliação de Relevância e Impacto de Projetos de Educação. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 59, Curitiba.
- LEFORT, C. (1991) – *Pensando o Político (Ensaio sobre a Democracia, Revolução e Liberdade)*. São Paulo: Paz e Terra
- LEMOS, D.G. (1984) – Mercado de Trabalho para Egressos da UFF: Cursos de Medicina e Educação. III Conferência Brasileira de Educação. *Anais*, pg. 156, Niterói.
- LIMA, N.V.T. & CARVALHO, M.A.R. (1992) – O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva. In: Fleury, S.M. (org.) – *op. cit.*
- LOYOLA, M.A. (1994) (org.) – *Aids e Sexualidade. O Ponto de Vista das Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ.
- LOYOLA, M.A. (1983) – *Médicos e Curandeiros. Conflito Social e Saúde*. Rio de Janeiro: Difel.
- LOYOLA, M.A. (1987) – Medicina Popular: Rezas e Curas do Corpo e Alma. *Ciência Hoje* VI(35):34-43.
- LOYOLA, M.A. (1992) – Sexualidade e Reprodução. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* II(1):93-105.
- LUZ, M.T. (1979) – *As Instituições Médicas no Brasil. Instituição e Estratégia de Hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal.
- LUZ, M.T. (1982) – *Medicina e Ordem Política Brasileira*. Rio de Janeiro: Graal.
- LUZ, M.T. (1988) – *Natural Racional Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus
- LUZ, M.T. (1996) – *Entre a Ciência e a Cultura. O Caso da Homeopatia Brasileira*. São Paulo: Dynamis Editorial.
- LUZ, M.T. (1997) – Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Final do Século XX. IV Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Medicina, México, mimeo.
- LUZ, M.T. (1997) – Novas Realidades, Novos Objetos em Ciências Sociais. In: Canesqui, A. M. (org.) – *op. cit.*
- MACHADO, M.H. (1995) – Micro-Macro: Os Novos Desafios da Sociologia. In: Canesqui, A. M. (org.) – *op. cit.*
- MACHADO, E.P. *et al.* (1995) – Nuanças da Violência: A Categoria Força e seus Efeitos sobre a Saúde. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 62, Curitiba.
- MACHADO, M.H. (1995) – *Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- MACHADO, M.H. *et al.* (1996) – *Perfil dos Médicos no Brasil. Análise Preliminar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- MACHADO, R. *et al.* (1978) – *Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- MARSIGLIA, R.G. (1995) – *Relação Ensino-Serviços. Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MARSIGLIA, R.G. *et al.* (1995) – As Ciências Sociais em Saúde e o Ensino. In: Canesqui, A. M. - *op. cit.*
- MARSIGLIA, R.G. & L'ABBATE, S. (1994) – Ensino de Ciências Sociais em Saúde. I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Anais*, pg. 131, Belo Horizonte.
- MARSIGLIA, R.G. & SPINELLI, S.P. (1995) – As Ciências Sociais em Saúde e o Ensino. In: Canesqui, A. M. (org.) – *op. cit.*
- MARSIGLIA, R.M.G. (1992) – Unidades Básicas de Serviços de Saúde. Disponibilidade Tecnológica, Processo de Trabalho e Recursos Humanos. In: Spínola, A.W.P. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- MAUÉS, H.R. (1990) – *Medicina e Xamanismo numa Comunidade de Pescadores*. Belém: Editora Participação.
- MÉDICI, A.C. (1992) – As Raízes Econômicas da Violência e seus impactos na Saúde. *Saúde em Debate* 34:40-46.
- MELLO, J.A.C. (1980) – Educação Sanitária; Uma

- Visão Crítica. In: Canesqui, A.M. *et al.* (orgs.) – *Educação e Saúde*. São Paulo: Cortez Editora/CEDES/Autores associados.
- MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. (1993) – Quantitativo e Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. *Cadernos de Saúde Pública* 9(3):239-62.
- MINAYO, M.C.S. (1992a) – Violência e Saúde. In: Spínola A.W.P. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- MINAYO, M.C.S. (1992b) – *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- MINAYO, M.C.S. (1994) – A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública* 10(supl.1):7-18.
- MINAYO, M.C.S. (1994) – Representações da Cura no Catolicismo Popular. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (orgs.) – *op. cit.*
- MINAYO, M.C.S. (1995) – Violência, Direitos Humanos e Saúde. In: Canesqui, A. M. (org.) – *op. cit.*
- MINAYO, M.C.S. & SOUZA, H. O. (1985) – Na Dor do Corpo, o Grito da Vida. In: Costa, N.R. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- MINAYO, M.C.S. *et al.* (1990) – *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- MINAYO, M.C.S. (1994) – Inequality, Violence & Ecology in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 10(2):241-250
- MINAYO, M.C.S. (1992b) – Notas para a Reflexão sobre a Pós-Graduação *Stricto Sensu* na ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, mimeo.
- MONTERO, P. (1985) – *Da Doença à Desordem. A Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.
- NEVES, D.P. (1984) – *As "Curas Milagrosas" e a Idealização da Ordem Social*. Niterói: Ed. Universidade Federal Fluminense.
- NEVES, D.P. & SEIBLITZ, Z. (1984) – Saúde e Doença: Merecimento e Castigo. *O Médico Moderno* 4:57-74.
- NOGUEIRA, R.P. (1985) – Pessoal de Saúde: A Discussão Teórica e a Produção Científica sobre o Tema. In: Nunes, E.D. (org.) – *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas*. Washington: OPAS.
- NOVAES, H.M.D. & NOVAES, R.L. (1996) – Políticas Científicas e Tecnológicas para a Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 1(1):39-54.
- NUNES, E.D. (1976) – A Medicina como Profissão: Contribuição ao Estudo da Escolha Ocupacional entre Estudantes de Medicina. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, mimeo.
- NUNES, E.D. (1985) – As Ciências Sociais nos Planos de Estudo de Graduação e Pós-Graduação. In: Nunes, E.D. (org.) – *op. cit.*
- NUNES, E.D. (1985) – Tendências e Perspectivas das Pesquisas em Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Uma Visão Geral. In: Nunes, E.D. (org.) – *op. cit.*
- NUNES, E.D. (1992) – Ciências Sociais e Saúde: Revisão Histórica e Levantamento Atual. In: Spínola, A.W. *et al.* (orgs.) – *op. cit.*
- NUNES, E.D. (1996) – Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Ciência & Saúde Coletiva* 1(1):55-69.
- NUNES, E.D. & BARROS, M.B.A (1981) – Mortalidade e Classe Social: Um Estudo no Município de Campinas. Relatório de Pesquisa. UNICAMP, Campinas, mimeo.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S.M. (1986) – *(In)Previdência Social. 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- OSHIRO, J.H. (1988) – Educação para a Saúde nas Instituições de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado, PUC de São Paulo, São Paulo, mimeo.
- PAIM, J. (1994) – Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Problemas Crônicos e Desafios Agudos. Universidade de São Paulo, São Paulo, mimeo.
- PATARRA, N. (1972) – O Estudo sobre Reprodução Humana no Distrito de São Paulo. Um Enfoque Sociológico. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, mimeo.
- PINHEIRO, P.S. & SADER, E. (1985) – O Controle da Polícia no Processo de Transição Democrática no Brasil. *Temas IMESC* 2(2):77-95.
- PINTO, I.T. *et al.* (1995) – Pensamento Social sobre o Indivíduo e a Vida Pessoal: Proposta de Novos Temas em "Ciências Sociais Aplicadas à Saúde", Disciplina do Início do Curso de Graduação em Medicina da UFMG. I Congresso Bra-

- sileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumo*, pg. 67, Curitiba.
- PITTA, A.M.R. (1995) – Percepções acerca dos Campos de Saúde e Comunicação: Notas para o Debate. In: Pitta, A. M. R. (org.) – *Saúde e Comunicação. Visibilidades e Silêncios*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- POSSAS, C.A. (1981) – *Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- POSSAS, C.A. (1989) – *Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- QUEIROZ, M.S. (1978) – Representações de Doenças e Instituições de Cura numa Aldeia de Pescadores. Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UNICAMP, Campinas, mimeo.
- QUEIROZ, M.S. (1980a) – Feitiço, Mau-olhado e Sus- to: Seus Tratamentos e Prevenções na Aldeia de Icapara. *Religião e Sociedade* 5:131-60
- QUEIROZ, M.S. (1980b) – Curandeiros do Mato, Cu- randeiros da Cidade e Médicos: Um Estudo Antropológico dos Especialistas em Tratamento de Doenças na Região de Iguape. *Ciência e Cultura* 32:31-47.
- QUEIROZ, M.S. (1991) – *Representações sobre Saúde e Doença. Agentes de Cura e Pacientes no Con- texto do SUDS*. Campinas: Editora Unicamp.
- QUEIROZ, M.S. & CANESQUI, A.M. (1986) – Contri- buição da Antropologia à Medicina: Uma Revi- são de Estudos no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 20(2):141-51.
- QUEVEDO, E.V. & HERNÁNDEZ, M.A. (1994) – La Articulación del Conocimiento Básico Biológi- co y Social en la Formación del Profesional de la Salud: Una Mirada desde la Historia. In: Rodrigues, M.I. (org.) – *Lo Biológico y lo Social. Su Articulación en la Formación del Personal de Salud*. Washington: OPAS/OMS.
- RABELLO, M.C.M. (1994) – Religião, Ritual e Cura. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (orgs.) – *op. cit.*
- RAMOS, C.L. (1995) – Conselhos de Saúde e Con- trole Social. In: Eibenschutz, C. (org.) – *op. cit.*
- RANGEL, M.L. (1994) - Risco e Saúde nos Locais de Trabalho. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* IV(1):133-146.
- RATTON Jr., J.L.A. (1995) – Violência e Explicação Sociológica: Considerações para um Debate Multidisciplinar. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 62, Curitiba.
- RIBEIRO, A.C.T; SOUZA, H.S. (1995) – Saúde e Co- municação: Faces Contemporâneas da Gestão da Sociedade. In: Pitta, A.M.R. (org.) – *op. cit.*
- ROCHA, M.I.B. (1995) – O Parlamento e o Debate sobre o Aborto no Brasil. I Congresso Brasilei- ro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 49, Curitiba.
- Rocha, M.I.B. (1987) – O Parlamento e a Questão Demográfica: Um Estudo sobre o Controle da Natalidade e Planejamento Familiar no Con- gresso Nacional. *Textos do Núcleo de Estudos de População* 13:165-286. Campinas: UNICAMP
- RONDELLI, E. (1995) – Mídia e Saúde, os Discursos se Entrelaçam. In: Pitta, A.M.R. (org.) – *op. cit.*
- RUSSO, J.A. (1994) – Terapeutas Corporais no Rio de Janeiro: Relações entre Trajetória Social e Ideário Terapêutico. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (orgs.) – *op. cit.*
- SALEM, T. (1994) – O Princípio do Anonimato na Inseminação Artificial com Doador (IAD): Das Tensões entre Natureza e Cultura. *Physis, Revis- ta de Saúde Coletiva* V(1):33-68.
- SANTOS, L.A.C. (1992) – A Reforma Sanitária “Pelo Alto”: O Pioneirismo Paulista no Início de Sé- culo XX. *Dados. Revista de Ciências Sociais* 36(3):361-392.
- SANTOS, L.A.C. (1997) – Linhagens e Perspectivas: A Saúde na América Latina. *História, Ciências, Saúde* IV(2):185-195.
- SANTOS, L.A.C.; MORAES, C.; COELHO, V.S.P. (1992) – Os Anos 80: A Politização do Sangue. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* II(1):107-140.
- SANTOS, L.A.C. (1987) – Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930. Tese de Doutora- mento em Sociologia, Harvard University, Cambridge, Mass., mimeo.
- SANTOS, L.A.C. (1997) – O Plano Experimental Ain- da é de Alguma Valia? (Exercício de avaliação de serviços comunitários de saúde). In: Canesqui, A. M. (org.) – *op. cit.*

- SCHRAIBER, L.B. (1989) – *Educação Médica e Capitalismo. Um Estudo das Relações Educação e Prática Médica na Ordem Capitalista*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- SCHRAIBER, L.B. (1993) – *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- SILVA, A.G. de et al. (1995) – Ciências Sociais e Formação Médica. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 67, Curitiba
- SILVA, L.J. (1985) – Organização do Espaço e Doença. In: *Textos de apoio - Epidemiologia*. Rio de Janeiro: PEC/Escola Nacional de Saúde Pública.
- SOARES, B.M. (1988) – A Homeopatia como Espelho da Vida. Dissertação de Mestrado. Museu Nacional – UFRJ, Rio de Janeiro, mimeo.
- SOUZA, E.R. de & ASSIS, S.G. de (1989) – Violência e Mortalidade na América Latina: Um Estudo das Causas Externas de 1968 a 1986. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, mimeo.
- SOUZA, L.R. de (1990) – Movimentos de Saúde: Dificuldades à sua Apreensão. *Saúde em Debate* 29:28-41.
- SPINELLI, S. et al. (1992) – Levantamento de Docentes, Pesquisadores e Profissionais de Saúde que Utilizam o Referencial Teórico-metodológico das Ciências Sociais. In: Spínola, A.W. et al. (orgs.) – *op. cit.*
- STEFFEN, M. (1987) – Les Cellules Rouges de la Médecine. De la Médecine Sociale à la Sociologie Médicale. *Sciences Sociales et Santé* V(91):11-39.
- STOTZ, E.N. (1995) – A Saúde Coletiva como Projeto Científico: Teoria, Problemas e Valores na Crise da Modernidade. In: Canesqui, A.M. (org.) – *op. cit.*
- STOTZ, E.N. (1995) – Movimentos Sociais e Saúde: Das Dificuldades de Incorporar a Temática às Reflexões Teórico-metodológicas. In: Canesqui, A.M. (org.) – *op. cit.*
- STRAUSS, R. (1956) – The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review* 22:200-204.
- TAVARES, R. (1986) – População, Saúde e Política Pública. População e Saúde. Seminário Latino-americano. *Anais*, vol. II, pg. 204, Campinas.
- TEIXEIRA, S.M. (1989) – Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: Teixeira, S.M. (org.) – *Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez Editora/ABRASCO.
- TEIXEIRA, S.M. & MENDONÇA, M.H. (1989) – Reforma Sanitária na Itália e no Brasil: Consideração. In: Teixeira, S.M. (org.) – *op. cit.*
- UCHOA, E. & VIDAL, J.M. (1994) – Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e Doença. *Cadernos de Saúde Pública* 10:497-504.
- UCHOA, E. (1997) – Epidemiologia e Antropologia. Contribuição para uma Abordagem Transcultural da Depressão. In: Canesqui, A.M. (org.) – *op. cit.*
- VAITSMAN, G. (1994) – Hierarquia de Gênero e Iniquidade em Saúde. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* 4(1):7-22.
- VAITSMAN, G. (1995) – Contraceptivos e Valores de Gênero em Contexto Urbano de Baixa Renda. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Resumos*, pg. 38, Curitiba.
- VALLA, V.V. (1991) – Movimentos Sociais em Saúde: Das Demandas à Engenharia Institucional. In: Spínola, A.W.P. et al. (orgs.) – *op. cit.*
- VELHO, G. (1974) – *Desvio e Divergência: Uma Crítica da Patologia Social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- VIANA, A.L. D'ÁVILA (1997) – Enfoques Metodológicos em Políticas Públicas: Novos Referenciais para os Estudos sobre Políticas Sociais. In: Canesqui, A. M. (org.) – *op. cit.*
- WESTPHAL, M.F. (1992) – Uso de Métodos Qualitativos no Estudo dos Movimentos Sociais por Saúde. In: Spínola, A.W.P. et al. (orgs.) – *op. cit.*
- ZIONI, F. (1992) – Pesquisa Participante e Cidadania. In: Spínola, A.W.P. et al. (orgs.) – *op. cit.*