

Nelson Filice de Barros

Everardo Duarte Nunes

Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde

Sociology, medicine and the construction of health-related sociology

RESUMO

Partindo de artigo publicado em 1971 sobre a aproximação entre sociologia e medicina, no Brasil e Reino Unido, foi realizada atualização histórica, com o fim de refletir sobre novas conformações do ensino e pesquisa das ciências sociais e humanas no campo da saúde em ambos os países. A metodologia foi qualitativa, sendo a pesquisa desenvolvida com dados secundários e as reflexões elaboradas a partir da imersão dos autores na realidade brasileira e britânica. Concluiu-se que houve ampliação da interface entre a sociologia e a saúde, embora existam dificuldades antigas e persistentes em relação à estrutura e foco do sistema de saúde, poder na escola médica e cultura estudantil.

DESCRITORES: História da Medicina. Medicina Social. Sociologia Médica. Sociologia. Escolas Médicas. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Starting from a paper about closing the gap between sociology and medicine in Brazil and the United Kingdom that was published in 1971, a historical update was made with the aim of reflecting on the new shapes of health-related teaching and research within the social and human sciences, in these two countries. The methodology was qualitative and the study was developed using secondary data. The reflections were developed through the authors' immersion in Brazilian and British realities. It was concluded that the interface between sociology and health has expanded, although persistent old difficulties exist in relation to the structure and focus of the healthcare system, medical school power and medical student culture

DESCRIPTORS: History of Medicine. Social Medicine. Sociology, Medical. Sociology. Schools, Medical. Qualitative Research.

Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Nelson Filice de Barros
R. Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
13083-887 Campinas, SP, Brasil
E-mail: filice@fcm.unicamp.br

Recebido: 6/5/2008
Aprovado: 25/7/2008

INTRODUÇÃO

Em 1971, Candeias⁴ publicou na Revista de Saúde Pública o artigo intitulado “Sociologia e Medicina”, escrito após sua visita a instituições de ensino na Inglaterra, com o objetivo de explicitar o ensino e pesquisa da sociologia no campo da saúde. Em suas palavras,

“As mais recentes discussões levam à disposição de formar, por um lado, médicos com conhecimentos sociológicos e, por outro, sociólogos com conhecimentos médicos, a fim de que (...) possam resolver juntos, uns complementando outros, problemas de patologia individual e social.” (p.111)⁴

Na atualidade, a presença das ciências sociais no campo da saúde é essencial por diferentes razões: corroboram no entendimento das mudanças nos padrões de mortalidade e sua relação com hábitos e comportamentos; permitem compreender a dinâmica das condições crônicas, promovendo trabalho multidisciplinar e intersetorial; explicitam a composição multicultural e multiétnica das sociedades e auxiliam na construção de competências no campo da comunicação, negociação e motivação; ajudam na identificação de fatores estressores e no desenvolvimento de estratégias de ação sobre fatores físicos, psíquicos, culturais e ambientais; e promovem a humanização no cuidado de pacientes e nas relações de trabalho.^{2,5,6,7,8,12,13}

Com base nas mudanças ocorridas desde a publicação de Candeias, o objetivo do presente artigo foi atualizar a discussão e refletir sobre as novas conformações entre sociologia e medicina no Reino Unido e no Brasil.

ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados dados secundários, na forma de publicações disponíveis em periódicos indexados no Brasil e na Inglaterra, bem como no material disponível na internet.

Estágio atual da sociologia da e na saúde no Reino Unido

Desde a publicação de Candeias, ocorreram mudanças na denominação: até o fim dos anos 1980, enfatizavam-se possibilidades de aproximação da Sociologia com a Medicina, com a perspectiva de uma sociologia na medicina, desenvolvida nas escolas médicas, e outra da medicina, produzida nos departamentos de sociologia.¹⁵ Na década de 1990, outras sociologias apareceram, de forma que a sociologia médica deu espaço para a sociologia: da enfermagem, da saúde e doença, dos cuidados em saúde, dos serviços de saúde e das práticas alternativas e complementares.

Outra mudança significativa refere-se ao número de instituições e projetos, pois nos anos 1970, Candeias visitou as quatro instituições de ensino que desenvolviam cursos de sociologia e saúde (Departamento de Sociologia do Bedford College/ Universidade de Londres; Departamento de Medicina Preventiva e Social/ Universidade de Manchester; Departamento de Saúde Mental/ Universidade de Bristol; Departamento de Sociologia/ Universidade de Aberdeen). Identificou, também, 63 projetos de pesquisa sobre comportamento na doença, organização da assistência médica, utilização e subutilização de serviços, profissões ligadas à saúde, educação em saúde, doenças mentais, utilização de drogas, velhice e morte.⁴

A cobertura realizada por Candeias é impraticável atualmente, pois houve um crescimento expressivo da sociologia da e na saúde no Reino Unido, gerando respostas imediatamente aplicáveis à saúde.⁹ Para dimensionar as fronteiras expandidas, apresentamos referências sobre o ensino das ciências sociais em escolas médicas e de temas da saúde nos departamentos de sociologia.

Sociologia na saúde

Na lista das melhores escolas de medicina de 2008 do Reino Unido, segundo o jornal “Guardian”, encontraram-se: Oxford, Edinburgh, Dundee, Cambridge, Manchester, University College of London, Imperial College, Aberdeen, Leeds e Leicester.⁸ Em consulta realizada na internet constata-se que todas essas escolas desenvolvem ensino das ciências sociais. No entanto, não há uniformidade quanto ao tipo de informação disponibilizada no site de cada escola. Os dados analisados foram baseados nos resultados do estudo de Russell¹³ (2004). Esse estudo teve duas fases: envio de questionário para as escolas de medicina e um encontro nacional de profissionais que ensinam ciências sociais em escolas médicas. A justificativa do estudo foi a mudança do status das ciências sociais no campo da saúde com a publicação “Tomorrow’s Doctors”, do “General Medical Council”, em 1993, que recomendou a inserção de componentes sociais na formação de profissionais médicos.¹³

Os resultados principais referem-se às justificativas para o ensino e os temas indicados para compor os cursos no currículo médico. As justificativas para o ensino das ciências sociais na graduação de medicina tiveram por base: a compreensão de indivíduos personificados e a natureza dos processos sociais; a dimensão social no processo saúde-doença; o desenvolvimento do pensamento holístico; fomento do trabalho em equipe; respeito à diferença e diversidade de pacientes e colegas; desenvolvimento da investigação social e do

⁸ The Guardian CO. University Guide 2008. Manchester; 2008 [citado 2008 ago 01]. Disponível em: <http://browse.guardian.co.uk/education/2008>

pensamento crítico. Por outro lado, os temas indicados para compor os cursos foram: desigualdade social em saúde; categorias sociais (gênero, etnia, classe social, incapacidade, estereótipo, estigma, preconceito, dentre outros); modelos de saúde, diferentes formas de conhecimento e a construção social do senso comum; cultura popular e médica e o projeto de medicina baseada em evidência; relação médico-paciente, comunicação, estrutura social, poder e diferentes formas da inteligência.¹³

Ainda, foram feitas considerações sobre a dificuldade de encontrar padronização das experiências. Contudo, com as facilidades da internet, foi criada uma rede de profissionais que ensinam ciências sociais e do comportamento para estudantes de graduação do campo da saúde. Embora essa rede ainda seja incipiente, têm sido realizadas pesquisas sobre, por exemplo, a comparação entre o que especialistas e não-especialistas em ciências sociais e do comportamento em escolas médicas consideram conceitos fundamentais para a formação de estudantes de medicina.¹²

Tal abordagem comparativa foi inédita no Reino Unido e o método empregado foi o envio de questionário às escolas por correio com um quadro de 93 conceitos das ciências sociais e do comportamento. Foram enviados 214 questionários, retornaram 140 e foram utilizados na análise apenas 91 de representantes de 29 das 31 escolas britânicas de medicina. Desses, 63 foram respostas de especialistas em ciências sociais e do comportamento (31 psicólogos, 22 sociólogos e dez antropólogos) e 28 de não especialistas (13 médicos clínicos gerais, cinco psiquiatras, dois sanitaristas, um obstetra, dois enfermeiros, um farmacêutico, dois educadores, um economista e um epidemiólogo). A maior parte dos profissionais (60) estava inserida em departamentos de escolas médicas e os demais em: departamentos/ faculdades de psicologia e sociologia (23); faculdades enfermagem (sete); e no “Nacional Health Service” (um).

Por um lado, embora tenha sido identificado que especialistas e não-especialistas concordem sobre a importância do ensino das ciências sociais e do comportamento para estudantes de medicina, por outro lado, foram evidentes: a divergência quanto à perspectiva do trabalho com a disciplina, a centralidade da teoria para os especialistas e a falta de conhecimento sobre os temas pelos não-especialistas.

Os autores consideraram que estas diferenças explicariam em parte o abandono das escolas médicas pelos especialistas em ciências sociais e a sua transferência para os departamentos de sociologia; fato que leva ao incremento da sociologia *da* saúde, em detrimento da sociologia *na* saúde.

Sociologia da saúde

Segundo o Guardian, as melhores escolas de sociologia de 2008 são: Cambridge, Oxford, Warwick, London School of Economics, Birmingham, Edinburgh, St Martin’s College, Brunel, Leeds, Durham.^a Também, pela internet constata-se que não é possível fazer análise comparativa com o material disponível na rede e que essas instituições desenvolvem na graduação cursos relativos à saúde, com temas como: origens e status da sociologia médica; desafios e perspectivas do modelo biomédico; doença e desvio social; representações leiga e profissional da saúde, risco e corpo; relação profissional-paciente; criança, saúde e ordem social; envelhecimento e saúde; experiência com doenças crônicas; morte; classe social, gênero e etnia e saúde; medicina, gênero e divisão do trabalho; profissões da saúde; promoção da saúde e a nova saúde pública; terapias alternativas e complementares; pluralismo médico, dentre outros.

De acordo com os resultados do projeto “Social and Organizational Mediation of University Learning” (SOMUL),^b cujo objetivo é ampliar a compreensão das mediações sociais e organizacionais sobre o sistema educacional universitário britânico e suas consequências para os alunos, existem no Reino Unido 2.110 diferentes cursos com conteúdo da sociologia, em 125 instituições de ensino superior, sendo 76 departamentos de sociologia.

Nesse projeto constaram, também, que nas últimas décadas houve flexibilidade e fragmentação do currículo da sociologia como resultado de mudanças organizacionais e pedagógicas que tornaram possível a introdução de cursos com temas particulares, como: crime, desvio e sociedade; gênero e sexualidade; identidade, ciclo de vida e autobiografia; mídia e cultura de massa; corpo e emoções; saúde e doença; divisão social e iniquidade; raça e etnia; estratificação social; sociologia industrial e organizacional; sociologia da educação; sociologia da religião; sociologia comparativa e histórica; e outros.

Do relatório SOMUL sabe-se, por fim, que cerca de 20 mil alunos universitários de graduação estão tomando a sociologia como tema central de seus estudos e que 67,2% dos recém formados empregam-se na Inglaterra, sendo 8% deles vinculados ao setor da saúde com diferentes inserções.

Estágio atual da sociologia da saúde no Brasil

Quando Candeias⁴ publicou seu artigo em 1971, encontrava-se em desenvolvimento uma investigação sobre o ensino das ciências sociais em escolas de medicina, enfermagem, odontologia e saúde pública, no Brasil,

^aThe Guardian CO. University Guide 2008. Manchester; 2008 [citado 2008 ago 01]. Disponível em: <http://browse.guardian.co.uk/education/2008>

^bJones R, Jary D, Rosie A. SOMUL Report for Sociology. Birmingham: Centre for Learning and Teaching Sociology, Anthropology and Politics; 2004 [citado 2007 jul 01]. Disponível em: <http://www.c-sap.bham.ac.uk/resources/publications/samples/SOMUL.pdf>

publicada em 1976.³ Em 1976, Os autores concluíram que “o ensino das ciências sociais nas escolas profissionais da saúde no Brasil (...) pode ser caracterizado como em fase de implantação”. Concluíram também, que havia pequena representatividade dos cursos específicos de ciências sociais nos currículos das escolas investigadas; que o pessoal treinado na área das ciências sociais totalizava apenas a sexta parte dos docentes responsáveis pelos cursos; e que o ensino das ciências sociais estava associado a prevenção, psicologia, sociologia, educação, demografia e ambiente.³

No mesmo período, outra investigação foi realizada sobre o arcabouço teórico dos cursos de ciências sociais, identificando-se quatro modelos teórico-conceituais, sendo três deles com ênfase no modelo médico (história natural da doença, cuidado integral e carreira do paciente) e um com orientação social (histórico estrutural). Concluiu-se que nos três primeiros o aspecto social era um revestimento do modelo biológico, aparecendo mais como um elemento descritivo do que explicativo. Em outras palavras: sem alcançar a “capacidade de descrever de modo unívoco e sintético as condições concretas de produção dos fenômenos sociais e de explicá-los tendo em vista as variáveis que operam através delas”.¹⁰

Uma exemplificação do ensino das Ciências Sociais em saúde é a experiência desenvolvida no Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas, da Unicamp, e perdura até os dias atuais. A primeira experiência foi desenvolvida em 1965¹¹ para alunos do terceiro ano médico, sendo estritamente teórico-conceitual, com pouco conteúdo aplicado à saúde e composto de cursos distintos de antropologia, sociologia e psicologia social. No ano seguinte foram feitas modificações, como a contratação de cientistas sociais e o acompanhamento de uma família por dois estudantes em um bairro urbano periférico, o que significou a adaptação do curso ao modelo do “cuidado integral associado à história natural da doença”. Em 1967, o curso tornou-se obrigatório no currículo médico, com uma carga horária de 120 horas anuais, e em 1968 foram desenvolvidas quatro grandes unidades: ciências sociais e a medicina; o papel das ciências sociais na compreensão da saúde e da doença; o sistema médico: organização e estrutura; as relações do sistema médico com o sistema social global. Ao longo da década de 1970, esforços foram feitos para garantir a “construção de um projeto social em saúde”, com destaque para a atualização do material bibliográfico e transmissão dos conceitos básicos das ciências sociais. Várias propostas foram elaboradas abordando: conhecimento sociológico versus senso comum; valores sociais; ideologia; sistema social; instituições sociais; estrutura; estratificação social; classes sociais, desenvolvimento e subdesenvolvimento.¹¹

Nos anos 1980, houve a consolidação do projeto social em saúde e os cursos continuaram baseados nas quatro unidades citadas e uma parte prática de pesquisa desenvolvida com a colaboração de docentes sem formação em ciências sociais.

Observou-se que no início da década de 1990 havia a certeza dos docentes de que, apesar das persistentes dificuldades do ensino das ciências sociais nas escolas de graduação da saúde, não se tratava mais de discutir a validade desses cursos; no entanto, a diferença na linguagem e abordagem estiveram presentes em todo o período. Um facilitador nesses anos foi a disponibilidade de bibliografia específica da sociologia da saúde, porém o número de profissionais especializados em ciências sociais ficou reduzido, havendo intensa colaboração de alunos de pós-graduação por meio de um programa de capacitação docente criado pela universidade. Basicamente, essa década pode ser considerada de continuidade, embora nos últimos anos identifiquem-se uma transição pautada pela construção de um novo currículo para o curso médico e a necessidade de formação de profissionais orientados para o trabalho no setor público.

As conseqüências desta reforma curricular para o curso de ciências sociais foram: retorno às 120 horas-aula anuais; planejamento e desenvolvimento do Módulo Saúde e Sociedade do segundo ano; planejamento de programas orientados para o desenvolvimento na comunidade; atividades práticas em serviços de atenção primária da rede pública municipal de saúde; adoção da metodologia da pesquisa-ação; relativa perda de conteúdo teórico-conceitual; e necessidade da ampliação dos docentes.

Sumariamente, podem ser apontadas duas tendências no desenvolvimento dos cursos: o trabalho com perspectiva aplicada das ciências sociais com o objetivo de responder a questões pragmáticas da formação de médicos para o labor no setor público; e a aproximação do curso ao que se tem denominado “nova saúde pública”¹ (Tabela).

Um último conjunto de informações sobre o ensino das ciências sociais no campo da saúde brasileiro refere-se às características dos profissionais ligados a estas experiências docentes. Como no caso inglês, também no Brasil não tem sido fácil produzir dados empíricos e os números mais recentes, ainda parciais, são de um levantamento realizado com 68 profissionais, visando traçar o perfil e as áreas temáticas do ensino das ciências sociais na saúde.^a

Os dados desse levantamento apontaram predominância masculina, 67,6%, e concentração etária entre 40-59 anos de idade, 65%. Sobre a formação de graduação identificou-se: 36,7% ciências sociais; 27,9% medicina; 7,4% psicologia; 5,9% serviço social; 22,1% outros (economia, direito, educação sanitária, enfermagem,

^a Nunes ED, Barros NF, Nascimento JL, Montagner MI. Os profissionais em ciências sociais e humanas em saúde. Campinas, 2005. [Relatório de Pesquisa].

Tabela. Contrastes e similaridades entre a “velha” e a “nova” saúde pública.

Velha saúde pública (Até a década de 1980)	Nova saúde pública (Após a década de 1980)
Foco no desenvolvimento de infra-estrutura física, especialmente para prover moradia, água e esgoto.	Foco no desenvolvimento de infra-estrutura física, mas, também, em desenvolver suporte social, comportamento e estilo de vida saudável.
Desenvolvimento de legislação e mecanismos políticos chaves, especialmente no século XIX.	Legislação e política redescobertas como ferramentas cruciais para a saúde pública.
A profissão médica tem lugar central.	Reconhecimento da ação intersectorial como crucial, sendo a medicina apenas uma entre as muitas contribuições profissionais.
No século XIX a saúde pública é mais um dos movimentos sociais que trabalhava para melhorar as condições de vida. Inicialmente era dirigida por especialistas e contava com certa legitimidade dos movimentos comunitários; posteriormente tornou-se mais dominada por profissionais.	A filosofia de participação social ganhou relevância, mas, embora com algumas experiências positivas, não foi alcançada na prática.
A metodologia de pesquisa foi legitimada pela epidemiologia. Foco na prevenção de doenças e a saúde vista como ausência de doença.	Várias metodologias são reconhecidas como legítimas. Foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e na definição positiva de saúde.
Preocupação fundamental com a prevenção e tratamentos de doenças infecciosas e contagiosas.	Preocupação com o tratamento de doenças, inclusive crônicas e mentais, mas com crescente interesse nas questões de sustentabilidade ambiental.

Fonte: Baume¹

farmácia, filosofia, história, nutrição, odontologia e pedagogia). Em relação à titulação de mestrado, de 62 entrevistados: 24,2% fizeram mestrado em saúde coletiva; 22,6% em saúde pública; 11,3% ciências sociais; 9,7% antropologia e 6,5% sociologia. Referente à titulação de doutorado, de 54 respondentes: 28,3% têm título em saúde pública; 20,0% em saúde coletiva; 10,0% em sociologia; e 8,3% em antropologia. Observa-se que 48,3% dos entrevistados obtiveram o título de mestre entre 1990-1999 e 40,7% o doutoramento em 2000 ou mais recentemente.

COMENTÁRIOS

O presente artigo tem suas limitações por ter sido realizado com dados secundários, na forma de publicações disponíveis em periódicos indexados no Brasil e na Inglaterra, bem como no material disponível na internet. Certamente, a discussão a partir deste tipo de material pode trazer vieses para a análise. No entanto, cremos que as reflexões apresentadas alcançam a atualização histórica do debate sobre o ensino das ciências sociais para profissionais da saúde, assim como a comparação da realidade brasileira com a inglesa.

De maneira geral, houve crescimento das ciências sociais e humanas em saúde em ambos os países, com grande similaridade no desenvolvimento das experiências. Contudo, poucas questões novas surgiram nessas três décadas e meia.

Ainda nos anos 1960, foram apontadas as seguintes dificuldades para o desenvolvimento das ciências sociais na saúde: a estrutura e foco do sistema de atenção à saúde; a estrutura de poder dentro da escola médica;

a cultura do estudante de medicina; e a influência dos cientistas sociais.¹⁰

A estrutura e foco do sistema de atenção à saúde adicionam dificuldade extra para os cientistas sociais no campo da saúde, sobretudo em relação: à solicitação de trabalhos em curto espaço de tempo para o fornecimento de respostas rápidas de imediata aplicação; grande quantidade de trabalho de planejamento, preparação e administração dos cursos; grande número de estudantes tornando difícil a abordagem social dos problemas de saúde; diversidade temática; dificuldade do desenvolvimento de um currículo mínimo para os cursos; e as formas de avaliação.

Em relação à estrutura de poder dentro da escola médica, observa-se que uma das dificuldades persistentes nas duas realidades investigadas é a escassez de recursos humanos com formação em ciências sociais. Na década de 1970, Candeias observou que esta falta criava condições desfavoráveis de trabalho na medida em que não permitia formar uma equipe equilibrada de especialistas. Em 2004, no Reino Unido chegou-se à mesma conclusão com a seguinte reflexão:

“while some problems highlighted are common to higher education in general – for example, balancing the demands of teaching with those of research and administration, increased student numbers, and lack of resources – (...) social and behavioral scientists based in medical departments [have] their contact with departments [of] sociology often limited, (...) this cause some to feel both isolated from disciplinary support and or departments and marginalized within medical schools.” (Benbassat et al²)

Das dificuldades com a cultura do estudante de medicina, sabe-se que parte de suas resistências são reproduções colocadas pelos dirigentes e formadores de opinião das escolas médicas, outra parte vem dos fatos de que:

“some overwhelmed students were more anxious about learning the basic and clinical sciences and resented having to invest time in the social and behavioral sciences, which they perceived as mere “common sense”; others thought a much greater emphasis on anatomy and less on social and behavioral sciences would serve them better in clinical practice; still others thought the qualitatively different social and behavioral sciences content in some lectures was better suited for small-group discussions.”(Satterfield et al¹⁴)

Em relação às barreiras colocadas pelos cientistas sociais, houve importantes mudanças. Segundo Candeias,⁴ nos anos de 1970 “não [era] raro encontrar leigos letrados e até mesmo cientistas sociais especializados em outras matérias, opondo-se abertamente a afirmações cujas evidências se nutrem em resultados de investigações sociológicas bastante rigorosas”. No entanto, constata-se atualmente a existência de uma geração de cientistas sociais exercendo a docência em escolas do campo da saúde, com toda a formação em programas de pós-graduação de escolas médicas e saúde pública, sob a supervisão de cientistas sociais. Observa-se, ainda, que os cientistas sociais e humanos têm tomado parte em instituições não acadêmicas do campo da saúde, por exemplo, na gestão do SUS e na produção de políticas específicas de humanização, controle social e inclusão social.

Tanto no Brasil quanto na Grã-Bretanha é possível observar que o habitus dos agentes das ciências sociais e humanas no campo da saúde é formado por idiosincrasias, como: a relativa juventude deste ensino nos cursos de graduação, pois frente ao ensino de tradição milenar da medicina, cinco décadas não é muito tempo; o exercício da crítica intra-teórica e inter-teórica permanente, o que é diferente da dúvida colocada como princípio da experimentação científica, pois muitas são as hipóteses vazias de reflexão teórica; a relação com a palavra escrita, que faz com que utilizem longos e detalhados textos para compor a complexidade das análises multicausais.

Em consequência dessas características, observa-se o desenvolvimento de abordagens diferentes, resultando, por exemplo, que palavras como realidade e verdade sejam referidas de forma transicional, dado o reconhecimento da perspectiva histórica na construção da “normalidade”. Assim, observa-se que diferentes processos de socialização geram diferentes valores e símbolos e que o exercício da técnica em ciências sociais e humanas é da análise e síntese em cortes lentos e profundos do saber teórico-conceitual. Por outro lado, o campo da saúde que também se exercita com a palavra escrita tem por exigência técnica mais relevante

a de ordem pragmática e imediata, quase na dimensão do pensamento positivista. Logo, os capitais técnicos que se compõem a partir destas duas abordagens são reconhecidamente distintos e podem ser complementares, embora, em um campo em que a imagem concreta que “vale por mil palavras” foi tomada como parte do seu fundamento, quem produz imagens abstratas obtém menos dividendos em suas ações.

No entanto, vem acontecendo no campo da saúde o reconhecimento da necessidade da diferença na formação de profissionais que reflete, do ponto de vista da legalidade, maior respaldo, todavia, do ponto de vista da legitimidade, as dificuldades ainda são expressivas. Certamente, as afirmações dos professores ingleses fazem eco no campo brasileiro, pois afirmam que a orientação do curso é quase exclusivamente biomédica, hierarquizando o conhecimento e criando espaço para dúvidas como: “when critical social science clashes with biomedical sciences, is this controversy going to assist deep-reflexive learning or simply going to create more confusions?”²

Por fim, embora a inserção dos profissionais das ciências sociais e humanas no campo da saúde esteja dada socialmente, ainda persistem diferenças e dificuldades. É possível que as diferenças não sejam nunca solucionadas e em certa medida espera-se mesmo que não sejam, uma vez que é fundamental o reconhecimento da alteridade no trabalho em saúde, possibilitando a perspectiva ampliada de um paradigma da saúde no qual profissionais e pacientes “inter-ajam” seus conhecimentos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A partir das atualizações apresentadas no presente trabalho, é possível afirmar a expansão entre as ciências sociais e humanas e a saúde. Ainda, a interação entre estes dois campos de conhecimento criou zonas de contato e intersecção, resultando em importante produção científica e acréscimos no âmbito do ensino e serviço nas últimas décadas.

Candeias⁴ afirmou, em 1971, que a formação de especialistas em ciências sociais em saúde já tinha superado o campo da improvisação e do amadorismo. Certamente, na atualidade há ainda maior positividade na formação destes especialistas, havendo já elementos suficientes para se constituir uma sociologia desta profissão e do seu processo de profissionalização.

Com certeza, como mostraram pesquisadores britânicos, ainda existe a noção de “us-and-them” no campo da saúde. No entanto, é reduzido o espaço para que as ciências sociais e humanas sejam tratadas como disciplinas anti-medicina ou contra a medicina; ou para que se afirme, como fez o chefe de um departamento de clínica nos Estados Unidos, em 1981, “it is dangerous to let sociologists into medical schools... they cause divisiveness by emphasizing differences in care rather than commonalities.”²

REFERÊNCIAS

1. Baume F. The new public health: an Australian perspective. Oxford: Oxford University Press; 1998.
2. Benbassat J, Baumal R, Borkan JM, Ber R. Overcoming barriers to teaching the behavioral and social sciences to medical students. *Acad Med*. 2003;78(4):372-80. DOI: 10.1097/00001888-200304000-00009
3. Campos RZ, Nunes ED. O ensino das ciências sociais nas escolas profissionais na área da saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 1976;10(4):383-90. DOI: 10.1590/S0034-89101976000400012
4. Candeias N. Sociologia e medicina. *Rev Saude Publica*. 1971;5(1):111-27. DOI: 10.1590/S0034-89101971000100014
5. Frohlich KL, Corin E, Potvin L. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociol Health Illness*. 2001;23(6):776-97. DOI: 10.1111/1467-9566.00275
6. Martins A. As Ciências Humanas e a Saúde Coletiva [editorial]. *Cad Saude Coletiva*. 2003;11(2):127-30.
7. Marsiglia RG, Spinelli SP. As ciências sociais em saúde e o ensino. In: Canesqui AM, organizador. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec /Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p.123-32.
8. Nunes ED, Hennington EA, Barros NF, Montagner MA. O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(1):209-25. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100015
9. Nunes ED. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(1):79-95. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100007
10. Nunes ED. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. Bases teóricas. *Rev Saude Publica*. 1978;12(4):506-15. DOI: 10.1590/S0034-89101978000400010
11. Nunes ED. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2000;6(3):631-57. DOI: 10.1590/S0104-59702000000400007
12. Peters S, Livia A. Relevant behavioural and social science for medical undergraduates: a comparison of specialist and non-specialist educators. *Med Educ*. 2006;40(10):1020-6. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02562.x
13. Russell A, van Teijlingen E, Lambert H, Stacy R. Social and behavioural science education in UK medical schools: current practice and future directions. *Med Educ*. 2004;38(4):409-17. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2004.01798.x
14. Satterfield JM, Mitteness LS, Tervalon M, Adler N. Integrating the social and behavioral sciences in an undergraduate medical curriculum: the UCSF essential core. *Acad Med*. 2004;79(1):6-15. DOI: 10.1097/00001888-200401000-00004
15. Strauss R. The nature and status of medical sociology. *Amer Soc Rev*. 1957;22(2):200-4. DOI: 10.2307/2088858

Barros NF foi apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ Nº processo: 200307/2006-1; bolsa de pós-doutoramento).