

Saúde e Sociedade em debate: temas perenes e emergentes nos encontros da Sociedade Brasileira de Sociologia

Marcia Grisotti*

Luiz Antonio de Castro Santos**

RESUMO:

Apesar da longa tradição da sociologia da saúde no Brasil, reconhecida enquanto uma subárea específica pelas agências nacionais e estaduais de fomento à pesquisa científica (tais como CNPq, Capes e FAPESP), a abrangência dos temas investigados e o escopo dos possíveis campos de aplicação apresentam-se como desafios importantes na análise da produção e configuração do conhecimento dessa área. A complexidade temática é um dos vários enigmas enfrentados pelo pesquisador. Com a finalidade de analisar a amplitude dessa produção, ressaltando principalmente as questões que dela emergem, nos deteremos no exame dos trabalhos apresentados em cinco edições do Grupo de Trabalho Saúde e Sociedade, realizados no âmbito dos congressos da Sociedade Brasileira de Sociologia.

Palavras-chave: Sociologia da Saúde; Sociedade Brasileira de Sociologia; Grupo de Trabalho Sociologia e Saúde

* Professora Associada, Departamento de Sociologia e Ciência Política/UFSC

** Professor Associado, Aposentado, Instituto de Medicina Social, UERJ, Docente do Mestrado Profissional em Saúde, Universidade Federal do Sul da Bahia

ABSTRACT

DEBATES ON HEALTH AND SOCIETY: PERENNIAL AND EMERGING SUBJECTS IN THE BRAZILIAN SOCIOLOGICAL SOCIETY'S MEETINGS

Despite the long tradition of Sociology of Health in Brazil, recognized as a legitimate and consolidated field by national scientific associations and state and federal research agencies (such as CNPq, CAPES and FAPESP), the broad scope of the topics investigated and their wide possibilities (as applied sociology) represent a challenge in the analysis of production and configuration of knowledge. The thematic complexity is one among the several puzzles faced by the researcher. With the purpose to analyze the breadth of production, with particular emphasis on emerging issues, this paper examines the papers presented to the regular sessions during the Congress of the Brazilian Sociological Association, in five consecutive sections on Sociology of Health.

Keywords: Sociology of Health; Brazilian Sociological Society; Working group on Sociology of Health

Introdução

A sociologia da saúde tem uma longa tradição no Brasil. Sua constituição pode ser identificada tanto nas primeiras manifestações e relatos históricos de estudiosos sobre a realidade brasileira (NUNES, 2014b; 2012), quanto na incorporação das ciências sociais em cursos de saúde em algumas universidades brasileiras, a partir da década de 1960 – no diálogo, nem sempre fácil, entre as ciências sociais, a medicina e a enfermagem, entre outros campos e, mais tarde, a saúde coletiva. Os cursos de Pós-Graduação e a orientação de dissertações e teses foram um estímulo às trocas entre campos de conhecimento, que se alimentavam de intercâmbios e os estimulavam, por seu turno (CASTRO SANTOS, 1993). A progressiva institucionalização dos temas sociológicos culminou na estruturação de um campo de conhecimento específico, reconhecido pelos órgãos de fomento à pesquisa nacional e pelos organizadores dos congressos nacionais de sociologia.

Além das dificuldades descritas por Nunes (2014a; 2014b) para a caracterização de uma *identidade* da Sociologia da Saúde (substituída por ele, em outros artigos, pelo termo *trajetória*), acrescentam-se as dificuldades na

delimitação dessa área em função da *abrangência* dos temas investigados e do *escopo* dos campos de aplicação, ambos importantes para avaliarmos a produção e configuração do conhecimento dessa área. O conceito elástico de saúde difundido pela Organização Mundial da Saúde (dependente de conjunturas econômicas, políticas e culturais e dos contextos propriamente relacionados ao campo), reiterado posteriormente em várias conferências internacionais, é um exemplo da ampliação do escopo do trabalho em saúde e da importância das ciências sociais para a compreensão da produção de conhecimentos e das práticas em saúde individual e coletiva.

Não pretendemos realizar, nesse artigo, uma revisão da literatura dessa produção, com a identificação de seus autores nacionais e as contribuições internacionais, clássicas e contemporâneas. Embora já realizado por alguns autores, é um trabalho a ser continuamente explorado em novas pesquisas. (Veja-se, adiante, a referência a Barros, 2016).

Com a finalidade de analisar a amplitude dessa produção, ressaltando principalmente as questões que dela emergem, nos deteremos no exame dos trabalhos apresentados em cinco edições do Grupo de Trabalho *Saúde e Sociedade*, realizados no âmbito dos congressos da Sociedade Brasileira de Sociologia¹. Os temas tratados constituem nosso objetivo central. Não cabe, nesse artigo, avaliarmos a qualidade desses trabalhos, dada a natureza dos documentos que utilizamos como objeto de análise: não são artigos, analisados e revisados por pares, ou seja, publicados e difundidos publicamente.

Embora preliminares, os trabalhos apresentados nos inúmeros encontros do GT podem nos auxiliar na identificação dos temas de pesquisas permanentes (ou consolidados) e da emergência de outros; das relações entre a Sociologia da Saúde e a Sociologia (em geral); das questões controversas e dos possíveis nichos de pesquisas. Espera-se que o presente artigo fomente o debate e a prospecção de uma agenda de pesquisa para a área, assim como promova a visibilidade e inserção de sua robusta produção acadêmica nacional no âmbito do contexto internacional.

O artigo, portanto, trata da identificação dos temas, sujeitos e objetos de pesquisa nos trabalhos apresentados no GT *Saúde e Sociedade* da SBS, e da

1 Os trabalhos estão disponibilizados no site: <http://www.sbsociologia.com.br/2017/index.php?formulario=congressos&metodo=0&id=3>. Alguns focalizam a descrição e análise de dados empíricos, outros a revisão de literatura e ainda outros a pesquisa histórica, estando sempre relacionados a um tema específico.

análise de questões que emergiram da leitura de cada trabalho, priorizando o diálogo entre os artigos e, quando cabível ou indicado, focalizando de perto um ou outro artigo.

Temas, sujeitos e objetos de pesquisa

o site da SBS, a publicação dos trabalhos aparece pela primeira vez na edição de 2003, no congresso realizado em Campinas. Nesse evento, três temas gerais foram identificados na pauta da saúde²: a) Políticas; b) Representações sociais; c) Relatos de experiências.

Em relação às Políticas de Saúde, cinco trabalhos foram apresentados com os seguintes subtemas: atenção básica; programa Médicos de Família (em diálogo com a experiência cubana); participação do terceiro setor; conselho municipal de saúde; políticas de comunicação relacionadas ao consumo de drogas. De forma geral, os trabalhos centravam a análise na organização e funcionamento do sistema de saúde no Brasil e nos dilemas relacionados com as necessárias adequações às diretrizes do Sistema Único de Saúde, implementado poucos anos antes. O debate refletia o contexto do ainda incipiente processo de implantação do SUS e a busca por referências teóricas para compreender a relação Estado/Sociedade, especialmente quanto à experiência da municipalização e da descentralização do setor saúde e aos desafios para efetivar a participação e controle social nas políticas sociais, diante dos “resquícios de uma cultura autoritária”.

A análise dos trabalhos sobre as políticas de saúde indica, desde logo, como são exemplares do caráter contextual da produção de conhecimento; ou seja, como o debate e a produção de conhecimento estão relacionados (nunca é demais repetir!) a seu contexto histórico – este, um grande legado da sociologia. Como veremos mais adiante, maneiras diferenciadas de interpretar as políticas de saúde foram elaboradas, acompanhando, de certa forma, as mudanças da conjuntura política e econômica do país.

Em relação ao tema Representações Sociais em Saúde, foram apresentados dois trabalhos teóricos (um que versa sobre a ‘loucura’ e outro sobre as idéias de saúde e estética entre jovens) e três trabalhos de pesquisa empírica,

2 A classificação dos temas foi feita pelos autores deste artigo. No site, os trabalhos estão disponibilizados individualmente.

com depoimentos e narrativas dos sujeitos envolvidos. A narrativa envolve mulheres que realizaram laqueadura, pacientes com câncer de colo de útero, médicos experientes e jovens colegas que realizam cirurgia para cateterismo cardíaco. A conclusão deste último trabalho merece destaque: enfatiza-se que a interpretação das imagens utilizadas para instrumentalizar a cirurgia

parece estar ligada, sobretudo, à formação acadêmica e experiência do médico, à sua área de atuação, à sua posição social na hierarquia profissional (tanto entre os seus pares como internamente na instituição em que atua), e à própria instituição. Em outras palavras, o que esses médicos vêem é o que aprenderam a ver com base em compromissos, vínculos com determinadas tradições de pesquisa, adquiridos durante a formação acadêmica, na prática profissional junto à instituição em que atuam, em suas áreas de especialização, e enquanto integrantes de determinados mundos sociais³ (p. 23).

O referencial teórico, que subsidiou a análise dos dados dessa pesquisa, se ampara na tradição da sociologia da saúde norte-americana, nucleada em torno de figuras clássicas como Elliot Freidson e Anselm Strauss. A dívida brasileira com essa linhagem inclui há décadas o debate sobre os Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia, com uma predominância da análise dos processos e redes sociotécnicas e dos estudos de laboratório, difundidos no Brasil através das pesquisas etnográficas de Bruno Latour e Steve Woolgar (1997) e seus colegas, assim como inclui a contribuição de Pierre Bourdieu (2004) para uma reflexão sobre o campo científico e o circuito de credibilidade conquistado pelos cientistas. Diferentes tradições teóricas se aproximam e se distanciam em relação aos temas, objetos e argumentos que produzem.

Em relação aos Relatos de experiências em saúde pública, nessa edição do GT, em 2003, um dos trabalhos descreve as atividades desenvolvidas com adolescentes em situação de pobreza e violência, utilizando o referencial de Milton Santos como base analítica para o estudo das características do território. Outro trabalho relata a experiência na formação de profissionais de saúde, utilizando a técnica de “problem-based learning”, discutindo trabalhos recentes de Armando Antonio de Negri Filho, uma referência, na medicina preventiva, em temas de gestão e hospitais.

3 Rosana Horio Monteiro. Rituais de iniciação: Olhar, fazer, aprender. Um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco.

Destaca-se, nessa edição de 2003, a influência das propostas de educação popular, tema fortemente influenciado pela difusão do termo ‘medicina social’ desenvolvido por autores latino-americanos nas décadas de 1980 e 1990.

Ao fechar esta seção, ressaltamos o ponto de partida de análise, que foram os trabalhos apresentados no evento de Campinas, em 2003, o primeiro disponibilizado no site da SBS. O enquadramento dos trabalhos apresentados em temas gerais, nesse evento, foi relativamente fácil, o que não ocorreu com as demais edições do Grupo de Trabalho. Nestas, os temas eram muito mais abertos e diversificados. Por essa razão, a seguir, optamos em não classificar os temas, como fizemos nos trabalhos de Campinas. Da grande amplitude dos temas trabalhados, selecionamos no presente artigo alguns aspectos, dentre eles, mudanças nas estratégias de interpretação, questões emergentes e contribuições para o fortalecimento do campo da sociologia da saúde.

Temas emergentes, caminhos de interpretação. Comentários

Não apenas os temas mudaram ao longo das edições do GT, também as perspectivas e enfoques adotados na análise de temas similares mudaram. Por exemplo, em Campinas houve apresentação de um trabalho que versava sobre o papel das organizações sem fins lucrativos na gestão das políticas de saúde. O trabalho tenta mostrar a emergência das associações voluntárias (ou sem fins lucrativos) como uma decorrência das mudanças nas relações Estado/Sociedade, propiciadas pelo processo de descentralização do sistema de saúde e de transferência para outras instâncias de poder a gestão da política de saúde e de outras políticas sociais.

Em outro trabalho apresentado na edição de 2005, em Belo Horizonte, o mesmo tema é trabalhado sob outro prisma, em interação com fatores internacionais, como a crise do Welfare State, o questionamento do intervencionismo estatal (pelas correntes liberais, entre elas a Escola de Chicago), a introdução do mercado, via mecanismo de responsabilidade social das empresas, na gestão da assistência médica. Discute-se também a emergência dos movimentos sociais nos anos 1980, traduzindo a insatisfação popular perante a incapacidade do Estado em responder suas demandas por políticas públicas.

Comparando os dois trabalhos, percebe-se que o primeiro atribui o crescimento das associações voluntárias em saúde e de organizações do terceiro setor ao processo de mudanças do sistema de saúde brasileiro, a partir da implantação do SUS (ou seja, uma política de Estado), enquanto que o segundo trabalho, apresentado anos depois, analisa o crescimento das associações voluntárias como decorrência de uma incapacidade do Estado em prover a saúde.

Aqui cabe uma palavra de cautela. Deixemos um instante a análise das temáticas para um comentário sobre a interpretação. De um lado, a Constituição de 1988 e as leis orgânicas subsequentes que consolidaram o SUS representam justamente a maior intervenção estatal no setor saúde. Ou seja, no contexto brasileiro, a emergência do SUS se deu na contramão do movimento liberal e dos fatores internacionais acima mencionados. As duas explicações, aparentemente contraditórias, abrem espaço para explicações alternativas sobre o aumento de associações voluntárias no contexto brasileiro.

As políticas de saúde, sejam elas financiadas ou não pelo Estado, possuem limitações intrínsecas. Basta verificar como os processos de tomada de decisão em saúde são feitos, diante de inúmeros fatores limitantes: com base em escolhas, prioridades, grupos específicos etc. O caráter limitado das políticas e, conseqüentemente, dos serviços de saúde pode ter acelerado a busca de alternativas por parte daquelas pessoas ou grupos que não estão, ou não se sentem, contemplados pelas políticas de saúde. Isso pode explicar, por exemplo, o crescimento (em torno dos anos 2000) de estudos sobre o papel de associações de pacientes com doenças crônico-degenerativas e/ou raras na obtenção de recursos financeiros para fomentar pesquisas científicas – comumente não executadas pelas políticas oficiais – e auxiliar no tratamento de pacientes. No âmbito da instituição francesa *École des Mines* (Mines Paris Tech), uma década pelo menos de estudos sociológicos foi dedicada a esse tema, sob a liderança de Valolona Rabeharisoa e Michel Callon⁴. No contexto brasileiro, esse tema foi recuperado durante o GT realizado em 2007, em Recife, com um trabalho que discutiu, com base na teoria da dívida, o papel das associações de voluntários de apoio a portadores de câncer na relação médico/paciente, ao ultrapassar a relação técnica do corpo mé-

4 Valolona Rabeharisoa e Michel Callon, *L'engagement des associations des maladies dans la recherche*. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, v. 1, n. 171, 2002; para citar um dos artigos publicados.

dico e criar, assim, “um espaço mais favorável ao tratamento da doença”⁵. Em perspectiva sedutora, que a “área da saúde”, todavia, não trouxe até hoje para si, apesar de constituir um texto clássico em outras áreas limítrofes, é o trabalho dos sociólogos argentinos, Oscar Oszlak e Guillermo O’Donnell (OSZLAK; O’DONNELL, 1976). Os autores se põem diante de um desafio teórico – entender como questões de interesse público manifesto se tornam políticas públicas (ou deixam de sê-lo). O rigor da análise e a relevância do tema para a América Latina respondem pela permanência do texto entre as leituras obrigatórias no campo, até nossos dias. Outro texto, um pouco mais recente, aborda aspectos da dádiva nas políticas de doação de sangue, atravessando campos ideológicos distantes, da Polônia e dos Estados Unidos, nos anos 80 (PILIAVIN, 1989).

Retomando as linhas mestras da análise textual, identificamos uma sensibilidade maior em relação ao papel do voluntariado e de organizações do terceiro setor. Houve um aprofundamento do debate, outras trilhas abertas. Como vimos anteriormente, o debate nas sessões do GT Campinas centrava-se na organização e funcionamento do sistema de saúde no Brasil e nos dilemas relacionados com as necessárias adequações ao Sistema Único de Saúde, implementado alguns anos antes, além de costurar possíveis comparações com o sistema médico de família em Cuba⁶. Nas edições subsequentes, outros (ou novos) dilemas foram apresentados em relação às políticas de saúde, entre eles:

Equidade. O esforço de equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil, através do SUS, tornou-se vulnerável diante da constatação do acesso privilegiado aos serviços de alguns segmentos populacionais, mediados pela cobertura de Planos de Saúde⁷. Sobre esse dilema, lembramos de um artigo publicado em 1989, que já antecipava e alertava para o caráter excludente da universalização do acesso ao sistema de saúde no Brasil, ao

5 Trabalho de Vilma Soares de Lima. Dádiva da saúde: voluntariado e relação médico/paciente, 2007.

6 Um trabalho apresentado em Campinas, em 2003, ressaltava o êxito da implantação, no município de Niterói, do modelo médico de família cubano. Em outra edição do GT, já em 2009, outro trabalho (MICHELOTTI, 2009) parecia lançar dúvidas diante da experiência de Niterói, pois, mesmo inspirada em Cuba, sua implementação não teria se dado nos moldes cubanos. Por certo, a realização de uma mesma política pública em países diferentes comporta, diríamos, não só impactos diferentes, mas exige, não raro, adaptações e revisões nas próprias diretrizes.

7 Trabalho de Murilo Fahel: Desigualdades em Saúde no Brasil. Uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais, 2007.

retirar da esfera do poder público os segmentos da população com maior capacidade de vocalização de demandas, perpetuando, assim, o circuito de má qualidade - expulsão de setores organizados - baixa capacidade reivindicatória - má qualidade dos serviços (FAVERET ; OLIVEIRA, 1989);

1. Interesses corporativos. Esteve em foco, a incompatibilidade entre neocorporativismo e políticas universais, ou, como aliar os interesses corporativistas às propostas de caráter universalizante, sem que os primeiros se imponham pela sua maior capacidade de agregação e de pressão sobre o Estado ⁸? Um trabalho analisou historicamente as reformas no setor saúde para evidenciar a corporativização dos conflitos setoriais no processo de implantação da Estratégia da Saúde da Família. (O dilema corporativismo-universalismo também foi analisado em outro trabalho, em que se destaca o papel corporativo no interior do Conselho Nacional de Saúde);
2. Acesso. As trajetórias de pacientes na busca pelos serviços mostram os limites do universalismo e do igualitarismo no SUS pela afinidade com certa ideologia individualista e pelo acesso às instituições da assistência à saúde ser realizado através de uma concepção médica de corpo⁹. “No limite, o suposto fundamental presente no SUS é que todos os indivíduos [...] obteriam acesso e assistência igualitários e universais. O que inevitavelmente institui uma diferença, uma vez que condições corporais diferenciadas implicam acessos distintos” (p. 5). O texto aponta uma importante contribuição para a prospecção de futuras agendas de pesquisas em sociologia da saúde capazes de analisar e equacionar os desafios envolvidos na adoção de políticas de saúde específicas no interior do sistema de saúde, definido pelo princípio da universalidade do acesso;
3. Grupos sociais, percepções e direitos. Embora não debatendo diretamente os limites do universalismo e igualitarismo nas políticas de saúde, outros trabalhos, apresentados em edições posteriores, reivindicam a implementação de políticas de

8 Trabalho de Fernando Canto Michelotti: Arranjos neocorporativos e sustentação política de um projeto reformista: o caso da saúde da família, 2009

9 Trabalho de Diogo Neves Pereira: Limites do Universalismo e do Igualitarismo no sistema Único de Saúde, 2009.

saúde específicas, como é o caso dos textos sobre: 1) a importância da incorporação dos sistemas de crenças e terapias complementares na definição das especificidades das políticas de saúde indígena¹⁰; 2) a necessidade de programas específicos para casais sorodiscordantes para HIV¹¹; e 3) a necessidade de readequar o modelo de parto humanizado à vontade da mulher gestante, ou seja, de valorizar a singularidade do usuário¹².

Aliado a essas demandas por políticas de saúde específicas, encontra-se um conjunto de trabalhos que versam sobre as mudanças necessárias na formação e prática dos profissionais de saúde relativas à educação para o envelhecimento¹³, o processo de morrer (através das unidades de cuidados paliativos)¹⁴, o atendimento a corpos feridos por ‘lesões autoprovocadas’ (abuso de álcool/drogas ou medicação, suicídio).¹⁵

Poderíamos incluir também, nesse conjunto, os trabalhos sobre as especificidades no acesso e tratamento destinado à população LGBT, assim como os trabalhos sobre os processos de judicialização em saúde, que se avolumam nos tribunais, na busca pelos direitos à saúde por parte de grupos específicos.

4. Conselhos de Saúde. Em torno do debate sobre os Conselhos de Saúde, três trabalhos foram apresentados ao Grupo de Trabalho, dois sobre conselhos municipais e um sobre o Conselho Nacional de Saúde. Em 2003, a análise focalizava a dinâmica de funcionamento e as dificuldades da participação e “controle” social¹⁶. Em 2005, apesar

10 Trabalho de Gláucia Buratto R. de Mello: Sistema de crenças e terapêuticas complementares: Um desafio para as políticas de saúde indígena, 2009.

11 Trabalho de Artur Perrusi: Casais sorodiscordantes no estado da Paraíba: reflexões a respeito da negociação de risco, 2009.

12 Trabalho de Ana Lydia Soares e Ruth Machado Barbosa: A Humanização em cheque, 2009.

13 Trabalho de Ângela Gomes e Simone Nenê Portela Dalbosco: Profissionais da saúde e a educação para o envelhecimento, 2009.

14 Trabalho de Raquel Aisengart Menezes: Profissionais de saúde e o processo do morrer: uma abordagem socioantropológica em torno do normal e do patológico, 2009.

15 Trabalho de Rosana Machin Barbosa: A questão moral e o atendimento a corpos feridos por “lesões autoprovocadas”, 2007.

16 Na área de saúde, tanto em debates como em publicações, o conceito de ‘controle social’ sofreu uma inflexão, há muitos anos e hoje popularizada. “Controle”, nesse caso, tornou-se sinônimo de “participação”, controle social = participação social. A definição clássica, de origem durkheimiana, que se refere justamente ao fato de que os grupos sociais não

do reconhecimento de problemas e limites, o Conselho é analisado como um instrumento de democratização do poder e da sociedade, de fiscalização e de aprendizado sobre as finanças, a legislação e os processos administrativos da gestão pública. Isto ia ao encontro da vasta literatura produzida nesse período, na qual a experiência dos conselhos era vista enquanto um processo pedagógico, apesar dos limites apontados para o efetivo ‘controle’ social¹⁷. Em 2009, um trabalho aborda o Conselho como o espaço dos participantes da “nova comunidade política na área de saúde que se formara no final dos anos 90”, porém relativiza sua capacidade de influir nos centros de decisão e execução da política – outros fóruns, a exemplo das comissões intergestoras, passaram a se constituir como o principal fórum decisório e de coordenação vertical do sistema de saúde¹⁸.

- 1) Saúde da Família. O tema da família e, em especial, da Estratégia de Saúde da Família, como alvos de políticas públicas, é visto, de um lado, como tendendo a erodir alguns setores da saúde cristalizados na hierarquia do poder, fomentando novos conflitos corporativos que implicam, conseqüentemente, a ascensão (ou declínio) de algumas categorias profissionais no modelo de atenção à saúde¹⁹; de outro lado, há uma crítica pela Estratégia não definir precisamente a que modelo de família se destina, como política de intervenção estatal na esfera privada/doméstica da vida, configurando-se como um mecanismo de controle da sociedade, comandado pelo saber médico²⁰.

“controlam”, mas são controlados por normas e padrões comportamentais, deixou de vigorar no campo da saúde. No presente texto, empregamos a noção corrente em Saúde Coletiva.

17 Trabalho de Márcio Caniello e José Justino Filho: Eficiência e eficácia nos conselhos municipais de saúde da Paraíba: um estudo comparativo, 2005.

18 Trabalho de Marcelo Kunrath Silva, Soraya Vargas Côrtes, Janete Cardoso Réos e Márcio Barcelos: A Dinâmica das Relações Sociais no Conselho Nacional de Saúde, 2009.

19 Trabalho de Fernando Canto Michelotti: Arranjos neocorporativos e sustentação política de um projeto reformista: o caso da saúde da família, 2009

20 Trabalho de Daniela Resende Archanjo: A família como alvo de intervenções estatais e médicas: uma perspectiva histórica, 2009. Nesse caso, recupera-se a dimensão sociológica mais rigorosa, da noção de ‘controle’.

Vários outros temas foram apresentados, com recortes mais diversificados. Ressalte-se, dentre eles, um trabalho que resgata os processos históricos que tornaram possível a constituição de uma cultura da imunização²¹; dois trabalhos (um histórico e outro empírico) sobre a anorexia nervosa²²; um trabalho que relata a constituição da subjetividade entre os membros da equipe de transplante hepático de um hospital; aqui, analisam-se as interações entre os profissionais e as hierarquias de poder²³; outro trabalho que trata os transplantados cardíacos e doadores, a partir do debate sobre modernidade tecnológica e riscos para a saúde²⁴; e outro que, baseado na abordagem dos estudos sociais da ciência, investiga as controvérsias epidemiológicas em torno do consumo de tabaco²⁵.

Em alguns dos trabalhos analisados nas várias edições do Grupo de Trabalho, revela-se a preocupação em enquadrar ou associar (por vezes de forma arbitrária) os dados, ou o material empírico, ao referencial teórico adotado. Em outras instâncias, dá-se simplesmente o contrário: a escassa problematização teórica dos dados empíricos. Como contextualizar ou associar os objetos da pesquisa e os dados empíricos, obtidos pelas mais variadas técnicas, às escolhas teóricas e analíticas?

Esse é um dos dilemas clássicos da sociologia, nem sempre contemplados pelos trabalhos – até por limitações de espaço. Wright Mills, em 1982, já discutia sobre as armadilhas do empirismo abstrato e da grande teoria: os desafios de encontrarmos um cruzamento entre as experiências e observações individuais e as formulações teóricas abstratas; entre biografia e história; entre indivíduo e sociedade; entre dados empíricos de uma situação particular e suas possíveis generalizações. O equacionamento dessas armadilhas e ambivalências tem como desafio epistemológico o necessário dimensionamento da historicidade dos objetos de pesquisa, diante dos parâmetros e pa-

21 Trabalho de Gilberto Hochman: Uma Cultura da Imunização? (Vacinas, programas de saúde e cidadania), 2009.

22 Trabalho de Cidinalva Silva Câmara Neris : Pela Pátria, contra a lepra : o isolamento compulsório de doentes de lepra no Brasil, 2011 ; e Trabalho de Ana Paula Saccol : Representações sociais em saúde: a anorexia nervosa na atenção básica, 2011.

23 Trabalho de Sara Mara Maciel-Lima e José Miguel Rasia: O lugar da subjetividade nas relações de poderes-saberes: a experiência no Transplante Hepático, 2009.

24 Trabalho de Lore Fortes e Sarita Cesana: Modernidade, desenvolvimento tecnológico e riscos para a saúde: transplantados cardíacos e doadores, 2011.

25 Trabalho de Maiko Rafael Spiess e Maria Conceição da Costa: “É Proibido Fumar”: Análise Sociológica de uma Controvérsia Epidemiológica, 2011.

radigmas da ciência – relativizados por sua própria historicidade (CANGUILHEM, 1994). Como sugerimos acima, esse desafio implica reconhecermos a persistência do dilema e seu caráter histórico.

A mirada epistemológica projeta as antigas questões das faces e interfaces dos campos do saber. Tais questões são abordadas nos vários encontros do GT e podem ser formuladas como uma indagação muito ampla: de que forma se estabelece o diálogo entre a sociologia da saúde e as áreas médicas ? Esta pergunta está vinculada tanto com as relações estabelecidas entre as ciências sociais e a pesquisa médica, quanto com aspectos mais epistemológicos relacionados com a interdisciplinariedade e com a transposição de conhecimentos entre áreas acadêmicas diferenciadas.

Em relação ao diálogo entre a sociologia da saúde e o campo da medicina, quatro trabalhos foram apresentados, um trata da relação acadêmica estabelecida entre essas duas áreas e outros três aplicam o conhecimento sociológico para compreender a própria prática médica. O primeiro²⁶ trata da inserção de cientistas sociais nas escolas médicas, a partir do relato de uma experiência: por parte do cientista social, foi preciso que rompesse a barreira de transformar os objetos da clínica em objetos exclusivamente sociais ; do lado do médico “exigiu-se a boa vontade de rever noções na abordagem do social”. Outro trabalho, apresentado em 2009, trata das tensões que se expressam na hierarquia existente entre os membros da equipe de saúde de um hospital. O terceiro trabalho²⁷ analisa o discurso da biomedicina sobre o corpo adolescente e enfatiza as especificidades epistemológicas de cada campo (ciências humanas e ciências biomédicas) ao analisar os objetos que lhes são comuns - o corpo, a saúde, a doença. Partindo de estudo de Cynthia Sarti, esta pesquisa indica que o trabalho conjunto requer “abertura para a escuta, o reconhecimento do caráter relativo de cada campo do conhecimento e da complementariedade necessária para fundamentar o entendimento” (SARTI, 2003, p. 5).

26 Trabalho de Rosa M. Q. Nehmy, Joaquim A.C. Mota e Itamar T. S. Pin: Ciências Sociais e Pesquisa Médica, 2005.

27 Trabalho de Regia Cristina Oliveira: Adolescência e corpo adolescente : discursos da biomedicina, 2009.

Um quarto trabalho²⁸, com excelente pesquisa etnográfica, analisa o aprendizado médico de forma bastante original, a partir de duas práticas formativas : as discussões de casos e o registro de informações médicas no prontuário; o material etnográfico é fruto de observação das discussões de casos, envolvendo estudantes de medicina de terceiro e quarto anos e preceptores no ambulatório de um hospital. O principal aspecto analisado diz respeito ao papel da subjetividade, considerada como fonte de incerteza, na interpretação dos exames com parâmetros e medidas, que tomam a forma de objetividade e certeza. A autora lembra que o uso de Guidelines produz o denominado “Consenso” e traz uma série de respostas padronizadas para aplicação à clínica; o artigo ressalta que, embora haja uma distância entre o que se preconiza nos consensos e a prática usual, os estudantes não deixam de se referir ao Consenso quando fazem certas escolhas como forma de legitimar uma decisão, de modo a fazê-la parecer não arbitrária, nem fruto de um julgamento pessoal. Desde logo, a riqueza da análise levanta questões importantes sobre a prática médica: se a cardiologia, objeto do estudo, propõe um conhecimento supostamente seguro, determinado e indubitável, parece-nos importante acentuar o grau de incerteza presente em outros campos, como o da parasitologia, por exemplo.

Outros temas – e comentário

Focalizemos contribuições expressivas sobre a transposição de conhecimentos entre áreas acadêmicas. Se retornarmos ao encontro de 2003, em Campinas, dois trabalhos são ilustrativos: um deles trata de uma experiência em saúde pública, a partir da introdução do modelo cubano dos médicos de família em um município brasileiro²⁹. Entre outros aspectos, esse trabalho relatou a experiência bem-sucedida com a utilização de vermes *nematóides* para exterminar as larvas do *Aedes aegypti*. Em outra ocasião, textos de tal relevância deverão abarcar também as controvérsias existentes em outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, na ecologia humana, quanto à introdução de uma nova espécie no ambiente, às ações de controle biológico

28 Trabalho de Iara Maria de Almeida Souza: O corpo na apresentação de casos clínicos de cardiologia, 2005.

29 Trabalho de Isabelle C. V. Pereira: Cuba em Niterói: um estudo comparado do Programa Cubano Médico de Família e a experiência do município de Niterói – RJ, 2003.

e à necessária análise de longo prazo sobre o impacto ecológico.

Outro trabalho³⁰ nos traz relatos e representações sobre o câncer em usuárias de uma unidade básica de saúde, focalizando a experiência subjetiva das pacientes. Como se sabe, não se aplica aqui a explanação sobre a elevação dos níveis de mortalidade por doenças crônico-degenerativas, pois o tipo de câncer investigado, de colo de útero, é causado por um vírus. Aqui cabe um comentário sobre as bases de sustentação da teoria da transição epidemiológica.

As bases teóricas da ‘transição epidemiológica’ – as doenças crônico-degenerativas deslocando as doenças infecciosas como principais causas de mortalidade – foram questionadas e, de certa forma, superadas especialmente pela emergência da Aids. A drástica separação entre doenças crônicas e doenças infecciosas também passou a ser questionada, já que os germes (vírus, bactérias e parasitos) podem estar na raiz de muitas doenças cardíacas, de Alzheimer, da esquizofrenia e de muitas formas de câncer e outras doenças crônicas. Nessa linha, está a recente mudança a respeito da explicação etiológica das úlceras gástricas: de uma presumida condição inflamatória de natureza psicossomática, a ser tratada com antiácidos e dieta, para uma infecção bacteriana, a ser tratada com antibióticos (GRISOTTI, 2010).

A Sociologia da Saúde

As interações entre a sociologia da saúde e as ciências sociais, tomadas em suas contribuições consideradas clássicas, atraíram boa parte dos trabalhos apresentados. Não raro se reportaram a autores mais destacados e sua participação nos encontros abre um leque de possibilidades ainda pouco explorado, que deverá atrair trabalhos futuros no GT.

Vários autores têm trabalhado sobre a inserção das ciências sociais na área de saúde: desde o clássico (e desigual) livro de Gilberto Freyre – uma visão algo míope sobre a sociologia da medicina (FREYRE, 1967)³¹ – até os trabalhos contemporâneos, entre eles, Everardo Duarte Nunes (2012; 2014a; 2014b), Maria Cecília Minayo (2013), Leny Trad (2012), Suely Deslandes

30 Trabalho de Joselito Santos: Câncer na visão de usuárias de unidades de saúde do município de Campina Grande-PB, 2003.

31 Sobre Gilberto “da medicina” e sua produção posterior aos anos 50 (em que se inclui a obra citada, publicada originalmente em Portugal), ver Castro Santos, 1990.

(2012), Marcia Grisotti e Fernando Ávila-Pires (2011), Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Faria (2010), autores que, a partir de uma perspectiva sociológica, antropológica e sócio-histórica, abordam, entre outros temas, o ensino, as profissões e as instituições em saúde. No meio do caminho, por assim dizer, situa-se uma obra de etnografia excepcional e inspiração interacionista sobre os doentes tuberculosos de Campos de Jordão: o livro de Oracy Nogueira, publicado em pequena tiragem em 1950 e reeditado décadas depois pelos esforços conjuntos de Maria Laura Viveiros de Castro Cavalcanti, Marcos Chor Maio e os editores da Editora Fiocruz: *Vozes de Campos de Jordão* (NOGUEIRA, 2009)³². Como obra de fôlego e bem recente, cumpre citar ainda o texto de Nelson Filice de Barros, *As ciências sociais na educação médica*³³, publicado pela Editora Hucitec em 2016. O autor focaliza três gerações de cientistas sociais no campo da saúde, sob a ótica da produção sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil – desde autores que antecederam a gestação do SUS, ainda nos anos 60-70, até a geração atual, duas décadas após a institucionalização do programa nacional.

Note-se, ainda, a condução de outras linhas de pesquisa (que inauguram linhagens!), de modo a complementar os estudos citados e contribuir para o “leque de possibilidades de análise” do estado da arte. Há estudos, particularmente de Antropologia da Saúde, que privilegiam a pesquisa com grupos sociais diferenciados, praticantes de estratégias alternativas de tratamento médico dentro e fora do sistema oficial. Um número significativo da população vai encontrar, através de canais heterogêneos e até antagonistas (na medicina e na religião), formas alternativas de acesso e tratamento (GRISOTTI, 1998; LANGDON; FOLLER; MALUF, 2012).

As pesquisas que versam sobre as representações sociais em saúde apresentaram boa parte dos trabalhos apresentados nas várias edições do GT. Sob esta ou outras dominações (percepções, construção social, saberes, discursos etc.) e baseadas em diferentes métodos de coleta e análise de dados, as pesquisas objetivaram compreender o que as pessoas pensam sobre o processo saúde-doença, quais são as estratégias utilizadas nas diferentes condutas terapêuticas (populares, científicas, alternativas etc.), como se dá

32 Veja-se a excelente resenha de Paulo César Alves, em *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, Rio de Janeiro, Junho 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600020.

33 Barros, Nelson F. de. *As ciências sociais na educação médica*. São Paulo: Hucitec, 2016.

a relação médico-paciente, entre outras questões. Na análise de alguns trabalhos, encontramos as dificuldades enfrentadas pelos pesquisadores para dimensionar a vivência subjetiva dos sujeitos (práticas) com os fatores estruturais envolvidos na construção da percepção individual. Observamos que há uma clara tendência em realizar estudos com sujeitos (em geral usuários de políticas públicas) ou populações, e menor ênfase em estudos com gestores, produtores de conhecimento, ou mesmo análises relacionais entre as diferentes categorias de sujeitos. Também observamos alguma dificuldade – por certo algo a ser superado em minicursos de caráter formativo, em futuros encontros da SBS – na análise das representações dos sujeitos, quando estão em jogo os cenários diferenciados da assistência médica (relacionada com casos clínicos, biomédicos, individuais) e da saúde pública (mais vinculada à epidemiologia e a estudos populacionais).

Como uma suposição ou premissa central nas apresentações do Grupo de Trabalho, mereceu destaque a sintonia quanto à interpretação como atividade socialmente compartilhada; as próprias representações sociais são vistas como parte de um discurso mais amplo, de construção social, que informa não apenas o pensar individual, mas o pensar, dizer e agir coletivos. Nesse sentido, a utilização das narrativas dos sujeitos como relatos ‘que se bastam’, como se indicassem um elo ‘natural’ entre pensamento, atos de fala e ação, não permitiria identificar as lacunas ou hiatos entre percepções e comportamentos. Em alguns trabalhos, contudo, evidenciou-se essa ‘naturalização’ das percepções e comportamentos dos indivíduos.

Naturalizar as representações passa a ser um obstáculo teórico. Como sugerem Radley e Billing (1996), as representações sociais em saúde são sustentadas dentro de um discurso social que forma não apenas o pensar individual, mas também influencia como as pessoas imaginam ou internalizam o que devem pensar e dizer. Falar sobre saúde-doença envolve várias estratégias e artifícios para legitimar a posição do orador que fala ou o orador que é ouvido pelo intérprete. Se a narrativa sugere que uma pessoa é ‘fraca’ ou ‘doente’, o discurso fragiliza o sujeito; se o sujeito assim se vê, ele nos permite ou nos leva a vê-lo como limitado pelos processos de saúde-doença. As narrativas verbais, coletadas como discursos, permitem que as interpretemos como atos de fala que “falam” mais do que simples relatos. Compreender o que ‘é dito’, o ‘como está sendo dito’ e em que condições se fala é instância fundamental do ato interpretativo.

As múltiplas participações ou colaborações por ocasião dos inúmeros encontros do GT Saúde e Sociedade indicam, de modo geral, uma compreensão do caráter social das narrativas sobre saúde-doença. Mais do que descrições físicas das atitudes de alguma pessoa, mais do que a necessária captação das percepções sobre o que as pessoas na sociedade fazem para evitar doenças, a análise sociológica da saúde-doença busca entender como os indivíduos se veem uns aos outros e, assim, busca articular ou construir a situação da pessoa no mundo. Para Claudine Herzlich (1991, p. 31-32), os limites da noção de representação social residem justamente na passagem do particular à generalidade do nível de análise:

Ela parte de um material verbal constituído, seja através de respostas a um questionário, seja através do discurso emitido em entrevistas individuais. Isso coloca, de início, o problema da mediação da representação pela linguagem.

Considerações finais

O presente texto buscou refletir a amplitude da produção recente dessa área no contexto dos encontros e sessões sobre saúde e sociedade nos congressos da Sociedade Brasileira de Sociologia. Os trabalhos apresentados permitem ressaltar principalmente o cruzamento e o diálogo entre os temas e as questões emergentes no campo. A partir da ‘realidade dos textos’ das várias edições do GT, pudemos trazer à discussão questões analíticas e teóricas de fundamental importância para o próprio campo da sociologia, não apenas para a ‘sociologia da saúde’. Apesar de lacunas e imprecisões, julgamos ter obtido um bom rendimento analítico sobre o tema central proposto neste artigo.

Como resultado dessa análise, ressaltamos a importância da realização, mais frequente, de meta-análises da produção de conhecimento de uma área acadêmica - no caso da Sociologia da Saúde - capazes de contribuir para uma percepção da historicidade do campo, demarcar fronteiras (e diálogo) com outras áreas, como a saúde coletiva e a psicologia social. Nessa tentativa, identificamos como os temas foram mudando ao longo do tempo e, dessa forma, aumentando a *abrangência* e o *escopo* da Sociologia da Saúde, e como novos enfoques e estratégias metodológicas foram incorporadas na

interpretação dos temas permanentes de pesquisas. Identificamos o estudo de temas similares, mas com interpretações diferentes, e o impacto das mudanças conjunturais e dos processos adaptativos da sociedade brasileira na emergência de novas questões e dilemas, como apontamos no caso dos trabalhos sobre políticas de saúde.

Referências

- BARROS, Nelson F. de. (2016), *As ciências sociais na educação médica*. 1. ed. São Paulo: Hucitec.
- BOURDIEU, Pierre. (2004), *Os usos sociais da ciência*. Por uma sociologia clínica do campo científico. 2. ed. São Paulo: Unesp.
- CANGUILHEM, Georges. (1994), *A Vital Rationalist*. Selected writings from Georges Canguilhem. 1. ed. Cambridge: MIT Press.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. (1993), "A Pós-Graduação em Saúde Coletiva : impressões sobre a orientação de alunos". *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 34, pp. 1-17.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. (1990), "O espírito de aldeia: orgulho ferido e vaidade na trajetória intelectual de Gilberto Freyre". *Novos Estudos*, n. 27, pp. 45-66.
- CASTRO SANTOS, Luiz A.; FARIA, Lina. (2010), *Saúde & História*. 1. ed. São Paulo: Hucitec.
- DESLANDES, Suely. (2012), "Legitimidade, expansão e sustentabilidade das Ciências Sociais e Humanas em Saúde Coletiva". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 12, pp. 2367-2372.
- FAVERET, Paulo; OLIVEIRA, Jorge P. A. (1989), "A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde". *Dados*, v. 33, n. 2, pp. 257-283.
- FREYRE, Gilberto. (1967), *Sociologia da medicina*. 1. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GRISOTTI, Márcia. (1998), "Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil". *Revista Katáysis*, n. 3, pp. 49-62.
- GRISOTTI, Márcia. (2010), "Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões". *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15, (Supl.1), pp. 1095-1104.
- GRISOTTI, Márcia; AVILA-PIRES, Fernando D. (2011), "Worms, slugs and humans: the medical and popular construction of an emerging infectious disease". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 18, n. 3, pp. 877-891.

HERZLICH, Claudine. (1991), “A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença”. *Physis: Revista de saúde coletiva*, v. 1, n. 1, pp. 31-42.

LANGDON, Esther Jean; FOLLER, Maj-Lis; MALUF, Sônia W. (2012), “Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais”. *Anuário Antropológico*, n. 1, [Online] pp. 51-89, Disponível em: <http://aa.revues.org/254>.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. (1997), *A vida de laboratório*. A produção dos fatos científicos. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

MILLS, Wright C. (1982), *A Imaginação Sociológica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar.

MINAYO, Maria Cecilia de S. (2013), “A produção de conhecimentos na interface entre as Ciências Sociais e humanas e a saúde coletiva”. *Saúde e Sociedade*, v. 22, pp. 21-31.

NOGUEIRA, Oracy. (2009), *Vozes de Campos de Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

NUNES, Everardo Duarte. (2014a), “A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, pp. 1007-1018.

NUNES, Everardo Duarte. (2014b), “A sociologia da saúde no Brasil – a construção de uma identidade”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, pp. 1041-1052.

NUNES, Everardo Duarte. (2012), “Legitimidade, expansão e sustentabilidade das Ciências Sociais e Humanas em Saúde Coletiva”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 12, pp. 2367-2372.

OSZLAK, Oscar; O'DONNELL, Guillermo. (1976), “Estado y Políticas Estatales en America Latina (Hacia una estrategia de investigación)”. Buenos Aires: Documento G. E. CEDES/CLACSO, n. 4. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/65426439/Oszlak-Oscar-y-O-Donnell-Guillermo-Estado-y-Politicas-Estatales-en-America-Latina?doc_id=65426439&download=true&order=437970131.

PILIAVIN, Jane Allyn. (1989), “The development of motives, self-identities, and values tied to blood donation: A Polish-American Comparison Study”. In: EISENBERG, Nancy.; REYKOWSKI, Janusz.; STAUB, Ervin. (ed.). *Social and moral values: Individual and societal perspectives*. Madison: University of Wisconsin Press. pp. 253-275.

RADLEY, Alan.; Billing, Michael. (1996), “Accounts of health and illness: Dilemmas and representations”. *Sociology of health and illness*, v. 18, n. 2, pp. 220-240.

RABEHARISOA, Valolona; CALLON, Michel. (2002), “L’engagement des associations des malades dans la recherche”. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, v. 1, n. 171, pp. 65-73.

SARTI, Cyntia A. (2004), “O jovem na família: o outro necessário”. In: NOVAES, Regina; VANNUCHI, Paulo. (org.). *Juventude e sociedade. Trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Perseu Abramo. pp. 115-129.

TRAD, Leny. (2012), “Temas e enfoques contemporâneos nas Ciências Sociais e Humanas no Brasil: expressões e tendências refletidas no V Congresso da área”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 12, pp. 2367-2372.