

# INVESTIGAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL\*

SONIA MARIA FLEURY TEIXEIRA\*\*

1. *Tendências e perspectivas das ciências sociais em saúde*; 2. *Histórico recente das investigações na área de ciências sociais em saúde — Brasil.*

## 1. *Tendências e perspectivas das ciências sociais em saúde*

O campo de aplicação das ciências sociais em saúde tem sido recentemente identificado pelo conceito de *saúde coletiva*, indicando uma área de conhecimento delimitada pela especificidade do seu objeto e da metodologia adotada na produção de conhecimentos acerca deste objeto. Com esta nova conceituação evitou-se cair na discussão sobre o caráter social e, portanto, histórico, da prática médica em todos os tempos, como forma de negação de uma especificidade à medicina social enquanto possibilidade de constituição de um campo de conhecimento e intervenção próprio. Esta discussão teve em Foucault um dos principais críticos da noção de medicina social, desde que, para este autor, “a medicina é, pelo menos desde o século XVIII, uma atividade social. A medicina não-social, medicina individualista, clínica, do colóquio singular é que não existe, mas foi um mito pelo qual certa forma de prática social da medicina — a prática privada — se defendeu e se justificou”.<sup>1</sup> Desta forma, a medicina é sempre social, já que se confronta com tarefas sociais.

Outros autores, como Nogueira,<sup>2</sup> têm chamado atenção para as relações que sempre se estabeleceram entre medicina e sociedade, de sorte que a organização

\* Trabalho apresentado à reunião sobre *Tendências y Perspectivas de las Ciencias Sociales*, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde, de 28 nov. a 2 dez. 1983, em Cuenca, Equador.

Este trabalho não pretende ser uma avaliação exaustiva da produção científica realizada nesta área, mas sim uma análise parcial, a partir de uma visão específica explicitada pela autora. Desta forma, pressupõe-se que muitos aspectos relevantes serão omitidos aqui. No entanto, acredita-se que a trajetória analítica adotada possa suscitar o debate em relação a algumas questões fundamentais para o desenvolvimento das investigações nesta área de conhecimento.

\*\* Professora na Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP), da Fundação Getúlio Vargas. (Endereço da autora: Praia de Botafogo, 190, sala 404 — 22.253 — Botafogo — Rio de Janeiro — RJ.)

<sup>1</sup> Foucault, Michel. *1.ª Conferência no Instituto de Medicina Social*. Rio de Janeiro, UERJ, 1975. p. 4. mimeogr.

<sup>2</sup> Nogueira, Roberto P. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. Tese de mestrado apresentada ao IMS/UERJ, 1978.

da prática médica moldou-se a partir de características ideológicas, políticas e econômicas de cada sociedade, da Grécia antiga, passando pela Idade Média, até as práticas médicas típicas do capitalismo. Já Garcia<sup>3</sup> aponta o caráter histórico do conhecimento médico, na medida em que, “sob o nome de medicina foram incorporados, em diferentes períodos históricos, práticas e saberes que se encontravam distantes do objetivo mencionado”.

Nem as tarefas coletivas assumidas pela medicina, nem as determinações sociais da organização social da prática médica ou mesmo a lenta e progressiva incorporação de distintos saberes e práticas, negam, no entanto, a característica principal da medicina individual, apontada por Donnangelo como sendo a relativa cristalização de seu objeto de saber e de prática. “Elegendo historicamente como objeto o indivíduo, a medicina vem procedendo a sucessivas aproximações em relação a esse objeto através de um processo cumulativo de conhecimentos. As reatualizações do conhecimento e da intervenção médica, ainda quando envolvam ampliações da concepção sobre o individual desde a perspectiva organista até a noção de todo biopsicossocial, não têm levado propriamente à recomposição do objeto ou à elaboração de um novo campo de saber. As intervenções pontuais da medicina sobre um organismo situado em um ponto qualquer do espaço idealizado entre a normatividade da ciência biológica e o desvio patológico têm encontrado no conhecimento das ciências naturais, em particular no conhecimento biológico sedimentado através de quase dois séculos, sua suficiente base conceitual.”<sup>4</sup>

De certa forma, a especificidade da saúde coletiva tem sido encontrada por alguns autores no objeto sobre o qual ela se debruça, procurando compreender e intervir: o coletivo. Diferentemente, no entanto, da medicina individualizada, as práticas denominadas de saúde coletiva não compartilham de uma homogeneidade na sua definição deste coletivo, tratando, ao mesmo tempo, de objetos não-redutíveis, conforme apontou Donnangelo:<sup>5</sup> “(...) o meio, objeto privilegiado das práticas de saneamento ambiental e do específico conhecimento que as fundamenta; o agente patogênico e seu campo de expansão e contenção reconstruídos a partir do saber biológico; o social como efeito do coletivo ou alternativamente como campo estruturado de práticas”. A heterogeneidade apontada não deve esconder a identidade que acarreta a adoção do coletivo como objeto — em qualquer de suas acepções — qual seja a possibilidade e necessidade de tomar este coletivo em suas manifestações histórico-concretas, o que remete sempre à necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção.

Para Pereira<sup>6</sup> este novo objeto se traduziria nas práticas sociais da medicina, que procuram recuperar ou manter a saúde, assim como englobariam os próprios processos que mantêm a saúde ou provocam a doença. A mudança qualitativa estaria no fato de que o objeto desta disciplina não seria representado por corpos biológicos, mas por corpos sociais; em outras palavras, não se trata de meros

<sup>3</sup> Garcia, Juan César. *Medicina y sociedad*. Washington, Opas, s.d. p. 2. mimeogr.

<sup>4</sup> Donnangelo, Maria Cecília. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil — a década de 70. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), 1983. p. 20.

<sup>5</sup> Id. *ibid.* p. 20.

<sup>6</sup> Pereira, José Carlos. *A explicação sociológica na medicina social*. Tese de livre-docência apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, 1983.

indivíduos, mas de sujeitos sociais, de grupos e classes sociais e de relações sociais referidas ao processo saúde-doença. Ainda para este autor, as conseqüências metodológicas da adoção de um objeto ao mesmo tempo natural e histórico-social é o grande desafio, já que: "(...) há, pois, no caso da medicina, pelo menos dois modelos de causalidade a serem considerados, um em termos de realidade biológica representada pelos homens enquanto organismos e, outro, social, uma vez que esses homens não vivem segundo as leis da natureza estritamente, mas em sociedade, estabelecendo uns com os outros relações necessárias que afetam profundamente sua maneira de viver e, portanto, sua saúde."<sup>7</sup>

Na verdade, trata-se de duas ordens de questões, ambas assumidas como objeto da área de saúde coletiva, mas que merecem ser isoladas já que remetem a campos distintos do conhecimento: de um lado a sociologia, a economia e a política, onde se inserem as análises da prática médica, e de outro lado a epistemologia, espaço onde habitam os conceitos de saúde e doença, normal e patológico.<sup>8</sup>

Neste último caso, são tomados como objeto de estudo da saúde coletiva as formações discursivas, a construção de conceitos e objetos, quer da medicina individualizada, quer da própria medicina social. Estes estudos adotaram, em grande parte, a metodologia foucaultiana de arqueologia do saber, em alguns casos associada à proposta desenvolvida por Canguilhem, na medida em que este autor recoloca a especificidade apontada da polarização entre o social e o biológico: "Contra as tendências mecanicistas de se pensar a vida, Canguilhem propõe um certo vitalismo que, se exige alguma restrição, força, justamente por isso, uma reflexão mais cuidadosa sobre a articulação de duas ordens: a biológica e a social."<sup>9</sup>

Se a análise da constituição histórica dos saberes médicos tem tido muito bons resultados nas investigações levadas a cabo na área de saúde coletiva,<sup>10</sup> o mesmo não se pode dizer a respeito das tentativas de conciliar os dois modelos de causalidade (natural e histórico) através da criação de um novo referencial teórico para a epidemiologia social, que desse conta da determinação social da doença. Embora seja rica de estudos empíricos demonstrando a determinação social das diversas doenças, a saúde coletiva, entre nós, tem tido dificuldades de inserir tais estudos em um marco conceitual capaz de apreender conjuntamente as especificidades da conjugação do biológico com o social, a exemplo do que tem sido tentado no México com os estudos desenvolvidos por Laurell.<sup>11</sup>

<sup>7</sup> Id. *ibid.* p. 37.

<sup>8</sup> Arouca, Antonio Sergio. *O dilema preventivista — contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975.

<sup>9</sup> Novaes, Ricardo Lafeté. *A saúde e os conceitos*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1976. p. 6.

<sup>10</sup> Ver, a este respeito, os trabalhos mencionados nas notas 8 e 9 e mais: Machado, Roberto et alii. *Danação da norma*. Rio de Janeiro, Graal, 1978; Birman, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1978; Costa, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1980. Costa, Jurandir Freire. *História de psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Documentário, 1976.

Veja, também, os livros de Madel Luz, que merecerão referência específica no decorrer deste artigo.

<sup>11</sup> Laurell, Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Salud pública en América Latina II*. Sto. Domingo, República Dominicana, 1980. p. 19-38. (Colección Sespas.)

———. Investigación en sociología médica. *Salud Problema*, México, n. 1, 1978.

Se até agora temos tomado como critério fundamental para delimitação da especificidade da saúde coletiva o seu objeto de conhecimento, queremos também referir esta especificidade ao método usado na produção de conhecimentos nesta área. Na verdade, desde que a medicina toma o social como objeto, é necessário buscar nas ciências sociais o quadro conceitual e a metodologia necessários à sua compreensão.

Até este momento as relações da medicina com a sociologia se dão enquanto externalidades, na medida em que a medicina interroga as correntes filosóficas que embasam o pensamento social.<sup>12</sup> Permanecem, no entanto, como dois campos distintos do saber: a medicina, que demanda, e a sociologia ou filosofia, que responde. A constituição do campo da medicina social marcará um novo momento em que esta pretende incorporar, no seu interior e não fora dela, as ciências sociais — a sociologia, a economia, a ciência política — tomando como sua problemática as determinações sociais que sobre ela incidem.

A nosso ver, no entanto, a incorporação das ciências sociais à medicina, constituindo a problemática da saúde coletiva, não se deu de forma aleatória: tratou-se, sim, de um recorte sistemático, uma incisão profunda no interior mesmo daquelas ciências, a partir da inscrição dos conteúdos disciplinares no método histórico-estrutural. Se não, vejamos. Cordeiro<sup>13</sup> relaciona as contribuições da sociologia funcionalista e interacionista como fundamentos da concepção de doença como desvio: “Como elemento central no processo de definição da doença, e por consequência, das formas de consumo de saúde está a delimitação da normalidade, sendo esperado que os indivíduos desviantes adotem certas condutas dirigidas a restaurar o padrão normal. Como ‘desvio comportamental’, a doença é definida a partir dos ‘atos’ (motivações ou intenções a ela imputadas), do contexto particular de grupo no qual a conduta se realiza e de definições variáveis do ator e da situação.” Ainda segundo Cordeiro, a crítica “liberal” ao funcionalismo veria a doença como resultado de uma seqüência de interações sociais, sendo que a forma e grau de estigmatização daí resultantes dependem das relações de poder entre as normas e valores da cultura dominante, tendendo a gerar uma subcultura “desviante”.<sup>14</sup>

Se bem que estas concepções tenham orientado estudos de processos interativos no interior das instituições de saúde, bem como certos padrões comportamentais de consumo de serviços ou medicamentos, sua contribuição para construção da problemática social incorporada à saúde é, por certo, muito limitada. De toda maneira, não seria possível atribuir a estes estudos uma participação significativa na constituição da área de saúde coletiva.

Da mesma forma, os estudos microeconômicos em saúde têm esbarrado com as dificuldades de análise dos serviços de saúde a partir de um modelo de mercado, já que “o mercado de serviços de saúde tem, geralmente, uma dimensão concorrencial bastante restrita”,<sup>15</sup> considerando-se a intervenção, no setor, do Estado, além das entidades de fins não-lucrativos e mesmo das agências de seguro social.

<sup>12</sup> Garcia, Juan César. op. cit.

<sup>13</sup> Cordeiro, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1980. p. 46.

<sup>14</sup> Id. ibid. p. 48.

<sup>15</sup> Nogueira, Roberto Passos. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. Brasília, Opas, 1983. p. 49. mimeogr.

Nossa hipótese, então, é de que a condição de possibilidade da constituição de um campo específico de conhecimento denominado saúde coletiva é dada, precisamente, pela adoção do método histórico-estrutural.

“A partir dessas indicações é lícito afirmar que a doença, em sua expressão normativa de vida como fenômeno individual, e em sua expressão coletiva, epidemiológica, onde adquire significado no conjunto de representações sociais e nas reivindicações políticas, está estruturada em uma totalidade social. Como forma adaptativa de vida resultante das relações dos grupos sociais entre si e com a natureza, mediadas pelo processo de trabalho, a doença tem uma historicidade que remete à historicidade das relações sociais — econômicas, políticas e ideológicas — que se realizam nas sociedades concretas.”<sup>16</sup>

É a partir desta abordagem que autores como Arouca<sup>17</sup> e Donnangelo<sup>18</sup> foram capazes de descortinar uma problemática atinente à saúde coletiva, de forma tão complexa e profunda que até hoje tem sido o parâmetro fundamental das investigações realizadas nesta área. Esta problemática estruturou-se em torno de duas asserções fundamentais: o cuidado médico representa uma dupla característica; a primeira de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos) e a segunda, ao atender necessidades humanas, de ser uma unidade de troca à qual é atribuído, social e historicamente, um valor.<sup>19</sup>

A medicina, como prática técnica, responde a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui.<sup>20</sup>

Destas duas afirmativas decorrem as articulações fundamentais da medicina à sociedade, a saber:

- a manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho, implicando a diferenciação da atenção médica de acordo com a inserção dos indivíduos na estrutura produtiva;
- o consumo de mercadorias que, embora sejam produzidas externamente à medicina, só têm seu consumo efetivado através dela, o que implica a crescente subordinação da prática médica à lógica de capitalização;
- a constituição da hegemonia político-ideológica das classes sociais, através da possibilidade de aumento do consumo dos serviços médicos, de sorte a atenuar os antagonismos de classe, legitimando o Estado em suas realizações no campo das políticas sociais.

O conceito-chave para o desvendamento desta problemática, em suas várias dimensões, vem a ser o de *organização social da prática médica*, definido por Nogueira<sup>21</sup> como sendo o conjunto estruturado e institucionalizado das relações

<sup>16</sup> Cordeiro, Hésio. op. cit. p. 49.

<sup>17</sup> Arouca, Antonio Sergio. op. cit.

<sup>18</sup> Donnangelo, Maria Cecília & Pereira, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976.

<sup>19</sup> Arouca, Antonio Sergio. op. cit.

<sup>20</sup> Donnangelo, Maria Cecília & Pereira, Luiz. op. cit.

<sup>21</sup> Nogueira, Roberto Passos. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. op. cit.

sociais — políticas, econômicas e ideológicas — próprias de um tipo de prática médica.

A definição desta problemática representou um ponto de inflexão nos estudos em saúde coletiva, que passaram a evidenciar tendências uniformes: “1. à relativa superação do projeto original da medicina preventiva em sua imediata subordinação ao objeto da clínica. Conseqüentemente, pela reorientação possível do coletivo, não mais reduzido necessariamente ao conjunto de influências sociais que incidem sobre o indivíduo; 2. ao aumento, senão ao próprio deslocamento da ênfase posta na questão da saúde/doença para a questão da prática de saúde sob distintas perspectivas (da administração de serviços à análise da prática sanitária em suas articulações políticas e ideológicas).”<sup>22</sup>

Poderíamos tentar agrupar o conjunto das investigações que vêm sendo desenvolvidas na área de saúde coletiva, a partir das grandes questões que pretendem responder, com o risco de perdermos em especificidade para ganharmos em concisão. As linhas mestras de investigação seriam dadas então pelas questões relativas a:

- Estado, políticas sociais, acumulação e legitimidade;
- instituições de saúde e organização social da prática médica;
- capitalismo, processo de trabalho e reprodução da força de trabalho;
- da medicina comunitária aos movimentos sociais urbanos.<sup>23</sup>

### 1.1. Estado, políticas sociais, acumulação e legitimidade

A crescente intervenção do Estado no setor saúde, seja pela produção direta dos serviços, pelo seu financiamento, organização e regulação do mercado, é um fenômeno característico deste século, expressando-se geralmente nos crescentes gastos públicos com a função saúde, como percentagem do produto interno bruto dos diversos países.

A inscrição das políticas sociais no interior do Estado capitalista tem sido compreendida a partir da elucidação da natureza mesma deste Estado enquanto campo de relações de poder.<sup>24</sup> Só assim, afastadas as visões do Estado como sujeito, portanto autônomo frente à luta de classes, ou instrumental, como mero executor dos interesses da classe dominante, foi possível apreender o caráter contraditório da intervenção estatal através das políticas sociais: a possibilidade e necessidade das políticas sociais como decorrência da própria condição de cidadania, conceito-chave na concepção da ordem política capitalista, na medida em que, através da relação de direito positivo que se estabelece entre o cidadão, individualmente, e seu Estado, tende-se a negar a natureza de classe deste Estado. A concepção liberal do Estado como pacto social é a matriz onde se origina esta possibilidade contraditória de intervenção estatal através das políticas sociais, na

<sup>22</sup> Donnangelo, Maria Cecília & Campos, Oswaldo. *Formação de quadros de pessoal para a saúde e produção de conhecimentos na área médica*. Documento de trabalho. São Paulo, Fundação de Desenvolvimento Administrativo (Fundap), 1981. p. 15.

<sup>23</sup> Não foram incluídas as temáticas relativas à saúde mental, por sua especificidade, e à medicina popular, pela carência da produção de conhecimentos a este respeito.

<sup>24</sup> Poulantzas, Nicos. *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

medida em que a legitimidade deste Estado repousa na reprodução contínua do suposto pacto original e na preservação ativa do consenso entre os cidadãos.

A dimensão apontada, do exercício do poder como busca de hegemonia, e não exclusivamente dominação pela coerção, tem sido um dos lugares privilegiados para elucidação das políticas sociais. Por outro lado, a reprodução social passa também pela necessidade crescente de preservação, inclusive no interior do setor saúde, tanto do trabalho quanto do capital. Na fase monopolista, esta dimensão torna-se cada vez mais crucial para explicação da intervenção estatal nas políticas sociais.

Um outro nível em que estas questões têm sido trabalhadas diz respeito à constituição histórica do “direito à saúde”, como elemento integrante da própria noção de cidadania. Neste sentido, as diferentes determinações sociais da intervenção estatal na esfera social vão ser referidas às realidades históricas concretas, onde estas demandas se expressaram, dando conformação a distintos padrões de intervenção estatal. Estes padrões têm origem nos processos históricos pelos quais cada sociedade ingressou na sua fase de industrialização, seja através da revolução liberal da burguesia, seja sob os auspícios de um Estado autoritário que promove uma revolução pelo alto. A estas duas modalidades corresponderiam distintos campos de relações de poder envolvendo as forças e interesses das classes tradicionais: burguesia industrial, classe operária e burocracia estatal. Por outro lado, daí decorreriam distintos padrões de intervenção estatal em face da necessidade de proteção social aos trabalhadores. De um lado, um padrão liberal que, dada a organização crescente dos trabalhadores, tornou-se progressivamente liberal-democrático e onde a noção de cidadania atinge sua forma mais plena. Por outro lado, um padrão de incorporação alienada das classes dominadas ao Estado, via políticas sociais, no qual as medidas de proteção social inserem-se em uma estratégia de cooptação, representando, mais do que a extensão da cidadania, a concessão de certos privilégios a setores fragmentados da classe trabalhadora.

Este tipo de interpretação tem sido aplicado pelos cientistas sociais à análise da complexa estrutura assumida pela seguridade social na América Latina, incluindo aí as políticas de proteção à saúde que, freqüentemente, têm lugar no interior das instituições previdenciárias.<sup>25</sup>

Como decorrência, as investigações na área das políticas de saúde têm-se encaminhado para a delimitação da estrutura de poder no setor saúde, campo de relações em que se inserem os interesses específicos dos grupos e frações de classes politicamente organizados. A análise da estrutura de poder do setor saúde tem sido um requisito essencial para o desenvolvimento da própria noção do seu planejamento estratégico. Além disso, dada a tipicidade da intervenção estatal, característica dos países de desenvolvimento industrial retardatário — revolução pelo alto com um padrão cooptativo de políticas sociais — tem sido particularmente desafiante o estudo dos processos decisórios nos quais a arena buro-

<sup>25</sup> Ver, a respeito, Santos, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro, Campos, 1979; Abranches, Sergio H. *The politics of social welfare development in Latin America*. Rio de Janeiro, Iuperj, 1982. mimeogr.; Malloy, James. Política de Previdência Social, participação e populismo. *Dados, Rio de Janeiro, Campos*, (13):93-115, 1976; Cohn, Amélia. *Previdência Social e processo político no Brasil*. São Paulo, Madeira, 1980.

Na área de saúde esta abordagem tem sido desenvolvida, recentemente, nos trabalhos de Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira.

crática, com extensão aos seus anéis, envolvendo setores técnicos do aparelho estatal e das empresas privadas, desempenha importante papel na definição, na implementação e na atribuição de significado a cada uma das medidas de política de saúde.

Finalmente, restaria mencionar como limitação a esta abordagem de análise das políticas sociais sua incapacidade de apreensão do justo papel desempenhado pelas classes dominadas na definição, implementação e atribuição de significado a estas políticas. A compreensão das políticas sociais à luz das estratégias de acumulação ou de legitimação dos estados capitalistas tende a negar a possibilidade de, na luta pela proteção à sua reprodução social, as classes dominadas consolidarem sua estratégia de contra-hegemonia.

## 1.2 Instituições de saúde e organização social da prática médica

Alguns autores têm procurado demonstrar que a análise política de saúde é, antes de tudo, uma questão institucional,<sup>26</sup> já que as instituições são percebidas como núcleos específicos de poder. As instituições, como conjunto articulado de saberes e práticas (formas de intervenção normalizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais), permeabilizam grande parte das atividades humanas, viabilizando, através de redes institucionais, o exercício da hegemonia. Nesta visão processual, segundo Luz,<sup>27</sup> “uma análise histórica e dialética das instituições pode vê-las mais facilmente no seu aspecto de *movimento*, de *luta*, na medida mesmo em que as reconhece como parte de uma *estratégia de hegemonia*, portanto, conjunturalmente mutável. Mutável face à correlação de forças que se alteram historicamente e às respostas do setor socialmente subordinado”.

Assim, trata-se de investigar em cada conjuntura política e econômica, pela disposição da estrutura de poder entre as diferentes classes e grupos sociais, em um espaço histórico determinado, e identificar a cristalização destas relações nas instituições sociais. As instituições médicas ou de saúde são conceituadas como “todas aquelas que estão vinculadas à organização disciplinar, à conservação e à recuperação dos corpos, entendidas como conservação e recuperação de capacidade de trabalhar”.<sup>28</sup> São apontados, como parte da estratégia de poder de classe, os efeitos primordiais das instituições médicas: ao nível da estrutura econômica, o seu papel de organização da economia; ao nível especificamente político, o efeito de controle sobre os grupos sociais subordinados e o efeito ideológico de estruturação simbólica das representações de saúde e doença pela constituição de um “verdadeiro saber” em relação à saúde.

As análises das instituições médicas têm privilegiado os discursos institucionais, permitindo visualizar, apesar da sua diversidade, um papel fundamental de contribuição para constituição do Estado nacional brasileiro, com seus traços estruturais ainda dominantes. Entretanto, ao privilegiar o discurso *instituído*, a análise das instituições médicas tem tido dificuldade de atingir outro objetivo a que se propõe, a saber, captar as diversas formas de resistência às práticas hegemô-

<sup>26</sup> Luz, Madel T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

<sup>27</sup> Id. *ibid.* p. 27.

<sup>28</sup> Id. *ibid.* p. 51.

Ver também Luz, Madel T. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.



nicas, na medida em que o registro das lutas e resistências é muito mais pobre do que o do discurso hegemônico.

Uma outra vertente analítica das instituições de saúde originou-se a partir dos trabalhos desenvolvidos por Gentile de Mello,<sup>29</sup> na busca da compreensão das lógicas de funcionamento das diferentes modalidades de prestação do cuidado médico, incorporadas, articuladas ou subordinadas ao chamado “complexo previdenciário de assistência médica”.<sup>30</sup>

Esses estudos<sup>31</sup> recorreram à análise histórica da constituição da Previdência Social brasileira, para compreensão de como foram sendo criadas e cristalizadas, em cada conjuntura social específica, diferentes modalidades de prestação de atenção médica. Assim identificadas, seja pela forma de pagamento dos serviços, seja pela organização prestadora, seja pela clientela a que se destinam, estas modalidades são compreendidas como expressão material de uma relação social que, ao responder a certos determinantes conjunturais, corporifica-se em um formato institucional específico, com uma lógica de funcionamento próprio. Desta maneira, foi possível traduzir, a nível institucional, as determinações mais genéricas que incidem sobre a prática médica — reprodução da força de trabalho, capitalização e preservação da hegemonia — de forma a permitir a compreensão da persistência de lógicas contraditórias no interior do complexo previdenciário de assistência médica, com a conseqüente manutenção de uma conflituosa estrutura de poder no setor. Assim, as modalidades de atenção médica institucionalizadas puderam ser vistas como o aparato material de uma relação social que se desenvolveu entre os segmentos da classe trabalhadora, a burguesia industrial, as frações desta burguesia que têm suas mercadorias consumidas no interior do setor saúde — predominantemente de composição internacionalizada — e o Estado, representado na atuação não menos importante da burocracia pública.

Uma outra forma de aproximação em relação a estas questões da organização social da medicina tem-se dado a partir da análise da penetração de relações capitalistas na prática médica, configurando um processo específico de produção e conseqüente organização dos serviços de assistência médica. São identificadas as seguintes modalidades de produção dos serviços:

- a) o produtor isolado;
- b) a produção cooperativa e a associativa;
- c) a produção empresarial.

Pelo lado do consumo são distinguidas as formas de consumo individual daquelas de consumo coletivizado. A combinação das diferentes modalidades de

<sup>29</sup> Gentile de Mello, Carlos. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1977.

———. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1981.

———. *A medicina e a realidade brasileira*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.

<sup>30</sup> Possas, Cristina. *Saúde e trabalho*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

<sup>31</sup> Além das referências das notas 28 e 29, ver, a respeito, Arouca et alii. *Complexo previdenciário de assistência médica*. Relatório Peses, Rio de Janeiro, Finep/Peses, 1979. mimeogr.; Braga, José Carlos & Paulo, Sérgio Goes. *Saúde e previdência*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1981; Guimarães, R., org. *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978; Donnangelo, Maria Cecília. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1975; Oliveira, Jaime & Teixeira, Sonia Fleury. *Imprevidência social — 60 anos de história da assistência médica previdenciária*. Rio de Janeiro, Abrasco, 1985 (no prelo).

produção aos modos específicos de consumo permite a construção de uma matriz onde são identificadas modalidades assistenciais, nem sempre discriminadas na análise institucional do setor.<sup>32</sup>

O marco conceitual onde se inscrevem estas análises remete ao estudo do setor serviço e às questões do trabalho e produção de valor nestes setores. Nogueira<sup>33</sup> tem procurado equacionar a questão no interior dos serviços de saúde concluindo que: “O trabalho em saúde, nas situações específicas em que se submete a relações capitalistas, é incapaz de gerar valor e mais-valia” não sendo, no entanto, oportuno, considerá-lo como improdutivo, na medida em que faculta aos investimentos capitalistas em serviços de saúde o direito de participar da redistribuição da massa de mais-valia social, e tem o valor dos serviços de saúde incorporados aos custos de reprodução da força de trabalho. Esta é, pois, a inserção do setor saúde no processo de acumulação capitalista.

Entretanto, o estudo das empresas médicas, desenvolvido por Cordeiro — como o modo de prestação de cuidados de saúde mais tipicamente capitalista — tem a preocupação de ressaltar o movimento de penetração das relações capitalistas nos serviços de consumo e na prática-médica, em particular, não é o resultado natural, decorrente de exigências técnicas da base econômica da sociedade. Este processo é, ao mesmo tempo, econômico e político-ideológico, envolvendo interesses de grupos sociais e se traduzindo por apoios e oposições às transformações da prática médica no seio da sociedade civil e do Estado.<sup>34</sup>

Procura-se, desta forma, evitar os riscos de uma análise economicista dos serviços de saúde, que pode levar a conclusões ingênuas do ponto de vista das avaliações das perspectivas de desenvolvimento das políticas de saúde.

### 1.3 Capitalismo, processo de trabalho e reprodução da força de trabalho

A constatação de padrões de morbidade e mortalidade típicos de situações de subdesenvolvimento, mesmo quando os países latino-americanos tenham passado por surtos de crescimento econômico e industrial, tem colocado algumas interrogações a respeito das relações existentes entre os diversos estratos da população e a estrutura produtiva capitalista. Segundo Possas,<sup>35</sup> uma noção frequentemente implícita em grande parte dos debates presume a existência, nesses países, de um vasto exército industrial de reserva, o que possibilitaria um “consumo destrutivo” da população trabalhadora.

Esta discussão remete à contribuição da teoria estrutural da dependência, para a qual os países de desenvolvimento industrial retardatário, e, ademais, dependentes, tendem a gerar um excedente populacional que se vai constituir na massa de desempregados e subempregados urbanos, conhecida como marginalidade urbana. Para Kowarick<sup>36</sup> a incapacidade dessas economias em absorver mão-de-obra

<sup>32</sup> Acordo MEC/MS/MPAS/Opas. Programa de Investigação em Serviços de Saúde. Brasília, 1982. mimeogr.

<sup>33</sup> Nogueira, Roberto P. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. op. cit.

<sup>34</sup> Cordeiro, Hésio. *As empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina, da USP, São Paulo, 1981.

<sup>35</sup> Possas, Cristina. op. cit.

<sup>36</sup> Kowarick, Lucio. *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. 3. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

decorre, além das leis de acumulação capitalista que necessariamente geram um relativo excedente populacional, da tendência secular de boa parte do setor agrário à estagnação, e da lenta expansão do emprego industrial, na medida em que importa uma tecnologia capital-intensivo dos países centrais, embora criem e mantenham relações de produção de características arcaicas. Trata-se, portanto, de um tipo de capitalismo superexcludente em que grandes contingentes populacionais são constantemente alijados da participação mínima na repartição da riqueza social. Além de exercer as funções típicas do exército industrial de reserva, depreciando o nível salarial da classe trabalhadora, este fenômeno se reflete também no próprio processo de trabalho, que se dá em condições selvagens de superexploração da força de trabalho.

A discussão a respeito da funcionalidade ou não desta população excedente tem tido importância para a compreensão das condições de reprodução da força de trabalho, entre as quais se incluem os cuidados com a saúde. Para Nun,<sup>37</sup> haveria uma diferença entre o conceito de superpopulação relativa e sua função como exército industrial de reserva. Esta diferenciação lhe permite afirmar que, nas sociedades latino-americanas de economias monopolizadas, a existência destes superexcedentes populacionais não funcionaria como exército industrial de reserva — em face de sua baixa qualificação — mas como uma massa marginal absolutamente disfuncional para essas sociedades.

Através desta linha de raciocínio, tem sido possível identificar diferenciações bastante definidas com relação às políticas e instituições de saúde, uma vez que elas se voltam para a fração da classe trabalhadora localizada no processo produtivo das grandes empresas monopolistas, multinacionais ou estatais, com exigência de elevadas taxas de produtividade, ou das empresas não-monopolistas nacionais de capital competitivo e baixa produtividade, ou ainda para os setores que se inserem marginalmente na estrutura produtiva tipicamente capitalista.<sup>38</sup>

Além das diferenciações apontadas no interior das formas de cuidado médico, dirigidas às diferentes frações da classe trabalhadora, outra relação importante entre a população e o processo de trabalho se dá pelo estudo das doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e todas as medidas de segurança ou de recuperação e amparo à força de trabalho, existentes em cada sociedade. Costa<sup>39</sup> assim define o quadro conceitual no qual os estudos de acidentes de trabalho devem localizar-se: “penso que se pode considerar o acidente de trabalho como gerado pelo consumo da força de trabalho dentro do processo de produção capitalista. A medida que esse processo se realiza de forma mais ‘brutal’ possível, onde o capital economiza o mínimo sobre as condições de trabalho, aumenta o grau de exploração da força de trabalho, reduz os salários etc., a taxa de acidentes do trabalho tenderá a aumentar ou pelo menos a se manter em níveis elevados. Os índices de acidentes refletem um dos ângulos do modo como se realizam as relações de produção capitalistas. Se o acidente do trabalho é algo inerente a este modo de produção, pois um dos seus fundamentos é o consumo da força de trabalho e a expropriação da mais-valia, então a sua magnitude e extensão encontra-se

<sup>37</sup> Nun, José. Superpopulação relativa, exército industrial de reserva e massa marginal. *Revista Latino-Americana de Sociologia*, Buenos Aires, (2):178-227, 1969.

<sup>38</sup> Oliveira, Jaime & Teixeira, Sonia Fleury. Medicina da fábrica. Medicina e reprodução da força de trabalho. In: Guimarães, R., org. op. cit.

<sup>39</sup> Costa, Maria Regina. *As vítimas do capital — os acidentados do trabalho*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1981. p. 16.

condicionada pelo grau de exploração da força de trabalho, própria a cada contexto específico.”

#### 1.4 Da medicina comunitária aos movimentos sociais urbanos

Os estudos iniciais de medicina comunitária partiram da constatação de que o capitalismo não era capaz de atender às próprias demandas que criava,<sup>40</sup> surgindo, pois, formas particulares de extensão da cobertura dos serviços médicos no processo de crescente medicalização das sociedades. Os projetos de medicina simplificada, medicina comunitária e mesmo de participação popular originam-se da contradição entre a necessidade premente de extensão da cobertura decorrente quer das necessidades inerentes ao processo de capitalização no interior do setor saúde, quer da necessidade de legitimação do Estado frente a uma população cada vez mais consciente dos seus direitos e à incapacidade do Estado arcar com os custos crescentes da atenção médica, em função da incorporação de tecnologias altamente sofisticadas.

Os projetos alternativos à prática prevalente da medicina comportariam uma estratégia de racionalização através do planejamento e contenção dos custos da atenção médica, além de uma estratégia de controle político e ideológico da insatisfação dos grupos sociais marginalizados, concentrados nas periferias das grandes metrópoles.<sup>41</sup>

Se, em um primeiro momento, as análises sociais voltaram-se para o estudo destes projetos oficiais, vistos a partir da iniciativa do Estado, em um segundo momento, deslocaram-se para a compreensão do fenômeno da extensão da cobertura a partir da demanda apresentada ao Estado pelos chamados movimentos sociais urbanos. Trata-se, agora, de entender a lógica de distribuição dos bens de consumo coletivo nas zonas urbanas, ao lado da avaliação da eficácia política dos movimentos organizados ou espontâneos da população e dos profissionais de saúde, que reivindicam, frente ao Estado, uma distribuição mais justa destes bens coletivos.<sup>42</sup> Ainda é cedo para avaliar a pertinência e amplitude desses estudos que apenas se iniciam, mas que deverão multiplicar-se, em decorrência dos recentes processos de redemocratização das sociedades latino-americanas.

No entanto, estes estudos já são suficientemente desenvolvidos para apontar a tendência ao crescimento destas novas formas de participação política, em decorrência de fatores de natureza estrutural, relativos ao processo de acumulação capitalista em uma sociedade dependente. São eles:

— A concentração de capital exprimiu-se, ao mesmo tempo, por uma concentração e centralização das unidades de produção, o que implicou a concentração da própria força de trabalho nas grandes urbes.

— Como decorrência deste processo, as necessidades de reprodução da força de trabalho já não podem mais ser satisfeitas ao nível individual, mas sim através dos meios de consumo coletivos. O uso coletivo é determinado, ao mesmo tempo,

<sup>40</sup> Arouca, A. S. op. cit.

<sup>41</sup> Donnangelo, Maria Cecília & Pereira, Luiz. op. cit.

<sup>42</sup> Ver van Stralen, Cornelio Johannes; Chabo Roberto & Rezende, Jó. Movimentos sociais urbanos e a democratização dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 17(3):38-60, jul./set. 1983.

pela socialização objetiva do processo de consumo e pela gestão pública ou parapública destes bens e serviços.<sup>43</sup>

— As necessidades coletivas engendram novas formas de luta, que se inserem na esfera da reprodução e não na esfera da produção, e que têm o Estado como seu principal alvo.

— Na América Latina, onde o processo de acumulação dependente tende a gerar uma população trabalhadora inserida em formas não-capitalistas de produção (marginalidade urbana), não seria correto tomar uma estratégia política que privilegiasse apenas as formas de luta tipicamente capitalista — sindicatos e partidos obreiros — sem considerar a heterogeneidade estrutural de nossas classes populares, e a conseqüente diversidade de suas organizações e lutas por sua reprodução.<sup>44</sup>

## 2. *Histórico recente das investigações na área de ciências sociais em saúde*<sup>45</sup> — *Brasil*

### 2.1 Instituições

A primeira metade da década de 70 caracterizou-se pela implantação e/ou consolidação dos principais centros de desenvolvimento de investigações e formação de recursos humanos na área das ciências sociais em saúde, a saber: o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de São Paulo; o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas; o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; os Programas de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (Peses) e o de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (Peppe), implementados através de uma cooperação entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).

A principal característica do trabalho desenvolvido nos centros de investigação acima mencionados, e que vai perdurar até o final da década, é o caráter coletivo e interdisciplinar da produção científica ali desenvolvida. Mesmo sendo localizados em instituições acadêmicas, o que vai marcar sua produção não vão ser as teses e projetos individuais, mas, principalmente, a formação de equipes de pesquisadores, cujo trabalho coletivo absorveu um número crescente de profissionais das ciências sociais juntamente com a geração dos chamados “novos sanitaristas” oriundos das escolas médicas. Em outras palavras, ao tomar o “coletivo” como objeto do seu saber e da sua prática, a produção de conhecimentos nesta área sofreu profundas alterações de caráter institucional, na direção de uma produção mais interdisciplinar e conjunta.

<sup>43</sup> Castells, Manoel. Crise do Estado e meios de consumo coletivos. In: Poulantzas, N., org. *A crise do Estado*. Rio de Janeiro, Graal, 1977.

<sup>44</sup> Moisés, José Álvaro. O Estado, as contradições urbanas, e os movimentos sociais. In: Moisés, J. A. et alii. *Cidade, povo e poder*. Rio de Janeiro, Cedec/Paz e Terra, 1982.

<sup>45</sup> Nesta parte usou-se indistintamente os conceitos de “saúde coletiva” e “ciências sociais em saúde” para designar a área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais, onde a doença adquire significação. Foram incluídas as investigações tradicionais da epidemiologia, porque prescindem dos conhecimentos das ciências sociais para sua compreensão dos processos de saúde/doença.

Em 1978, um levantamento realizado pelo Programa Integrado de Saúde (PIS), da Finep,<sup>46</sup> apontava 16 instituições já desenvolvendo investigações ou em fase de elaboração de projetos na área de saúde coletiva (veja quadro 1). Dentre elas estavam relacionadas nove instituições acadêmicas, sendo sete da área de saúde, um departamento de ciências sociais e uma escola de administração, seis instituições prestadoras de serviços (incluindo o Departamento de Planejamento da Previdência Social) e um Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Além disso, várias das instituições apontadas localizavam-se fora do eixo Rio—São Paulo, numa tentativa explícita de incentivar a descentralização, regionalização e coordenação interinstitucional da produção de conhecimentos nesta área.

### Quadro 1

#### Instituições atuantes na área de investigações em saúde coletiva (1978)

- 
1. Instituto de Medicina Social — Uerj
  2. Fundação Getúlio Vargas — EBAP/Proasa
  3. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, SP
  4. Departamento de Sociologia — PUC/RJ
  5. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP
  6. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais
  7. Centro Regional de Saúde de Montes Claros, MG
  8. Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia
  9. Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social da Prefeitura Municipal de Niterói, RJ
  10. Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Pernambuco
  11. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
  12. Escola Nacional de Saúde Pública, RJ
  13. Equipamentos Hospitalares, Brasília
  14. Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicos — Peppe/Fiocruz
  15. Departamento de Planejamento do Inamps
  16. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG
- 

Fonte: Programa Integrado de Saúde/Finep. 1.º Relatório. Rio de Janeiro, Finep, out. 1978.

Os anos 80 vão mostrar uma realidade bastante diferente daquela que se delineara na década anterior:

<sup>46</sup> Teixeira, Sonia M.; Pacheco, Maura & Arouca, Antonio Sergio. Programa Integrado de Saúde/Finep — 1.º Relatório. Rio de Janeiro, out. 1978.

A) “A pesquisa na área tem tido um caráter atomizado, com projetos individuais que não se integram em programas institucionais de pesquisa, nem estabelece uma coordenação de programas ou projetos que se realizam sobre o mesmo tema, em outras instituições.”<sup>47</sup>

B) “Os recursos (do PIS) foram aplicados principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, com pequenas aplicações no Rio Grande do Sul e Bahia”<sup>48</sup> em contraposição à filosofia original de descentralização e regionalização.

C) Não foi criado ou consolidado qualquer dos núcleos de pesquisas emergentes nas instituições prestadoras de serviços de saúde que viabilizasse o objetivo de integração da produção de conhecimento à prática dos serviços.

D) Não foi dada continuidade à criação de núcleos de pesquisas em saúde no interior de escolas não-médicas, nos departamentos de ciências sociais e economia.

E) O apoio aos núcleos emergentes não obteve bons resultados,<sup>49</sup> como decorrência da ausência das formas de articulação interinstitucionais previstas no programa original, que acabou sendo desvirtuado em consequência das mudanças de política da agência financiadora.

Segundo Cordeiro e Magaldi,<sup>50</sup> as situações mais consolidadas de pesquisa são aquelas dos seis programas de pós-graduação da área de saúde coletiva (que incluem seis cursos de mestrado e quatro de doutorado), embora os mesmos autores concluam, com relação aos cursos a nível de graduação que, “em termos gerais, os docentes dos departamentos de medicina preventiva e social raramente estão envolvidos com pesquisas e, quando o fazem, é em caráter individual, como pesquisas isoladas, na maioria das vezes sem apoio da instituição em que trabalham e sem auxílio financeiro externo”.

Resumindo, do ponto de vista institucional, a situação atual das pesquisas em saúde coletiva caracteriza-se por localizar-se exclusivamente nas instituições acadêmicas de formação de profissionais de saúde, preferencialmente nos programas de mestrado e doutorado, que se situam no eixo Rio—São Paulo (exceção do Mestrado de Medicina Comunitária da Bahia), mantendo um caráter basicamente individual (isto é, para um indivíduo pesquisador e não para um programa de pesquisas da instituição).

## 2.2 Áreas temáticas

Em análise das temáticas prevalentes nas investigações em saúde coletiva, Arouca<sup>51</sup> identificava, em 1978, três vertentes principais:

1. A determinação social das doenças — “(...) Este novo enfoque da epidemiologia colocou questões que vão desde o fato epistemológico da discussão do

<sup>47</sup> Magaldi, Cecília & Cordeiro, Hésio. Estado atual do ensino e da pesquisa em saúde coletiva no Brasil. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, op. cit. p. 47

<sup>48</sup> Id. *ibid.* p. 48.

<sup>49</sup> Id. *ibid.*

<sup>50</sup> Id. *ibid.* p. 51.

<sup>51</sup> Teixeira, Sonia M.; Pacheco, Maura & Arouca, Antonio Sergio. op. cit.

estatuto das determinações a problemas metodológicos da integração do método das ciências sociais com a epidemiologia, e à questão de operacionalização de novos conceitos teóricos em investigações empíricas.”

2. Atenção à saúde — “(...) Recentemente, vem-se estudando as instituições de saúde como determinadas, em articulações específicas na estrutura social, e determinantes das práticas médicas, com um processo histórico próprio de desenvolvimento.”

3. Formas alternativas de organização do serviço à saúde — “(...) Atualmente podemos classificar estas experiências nos seguintes tipos: programas de medicina comunitária, integração docente assistencial (...) programa de extensão de cobertura e medicina simplificada.”

Em documento mais recente,<sup>52</sup> de 1982, as agências financiadoras de pesquisa propuseram a seguinte classificação das áreas temáticas e linhas de pesquisa a serem apoiadas em seus programas:

1. Condições de saúde e determinantes do processo saúde-doença
  - condições de vida e saúde;
  - condições de trabalho e saúde.
2. Políticas, organização dos serviços e tecnologia de saúde
  - estruturas organizacionais de saúde;
  - expansão de cobertura, integração, regionalização e adequação de serviços;
  - produção e utilização de tecnologia de processos em saúde;
  - produção e utilização de tecnologia de produtos em saúde.
3. Infra-estrutura científico-tecnológica em saúde
  - capacitação científica de recursos humanos de saúde;
  - difusão do conhecimento gerado em saúde;
  - incorporação de conhecimentos gerados às práticas de saúde.

Como podemos observar, houve uma pequena mudança nas temáticas prevalentes, com a diminuição da ênfase nos modelos alternativos de organização dos serviços de saúde, cujos pressupostos foram progressivamente assimilados a nível do discurso da política oficial; com a atribuição de maior prioridade ao estudo das relações entre processo de trabalho e saúde/doença e, finalmente, com maior ênfase à produção e utilização de tecnologia e à criação de uma infra-estrutura científico-tecnológica em saúde. Ou seja, manteve a prioridade à análise das políticas, instituições e modalidades de organização das práticas de saúde.

Segundo dados levantados por Magaldi e Cordeiro,<sup>53</sup> a pesquisa nos programas de mestrado e doutorado em saúde coletiva desenvolvia-se, em 1982, nas seguintes linhas principais:

1. condições de saúde e seus determinantes: epidemiologia de doenças transmissíveis e não-transmissíveis;
2. saúde, trabalho industrial e trabalho na agricultura;

<sup>52</sup> Finep/CNPq. *Programa de Saúde Coletiva*, 1982.

<sup>53</sup> Magaldi, Cecília & Cordeiro, Hésio. op. cit.



3. tecnologia em saúde e formas de organização do trabalho médico;
4. organização da assistência médica;
5. políticas e instituições de saúde;
6. formas alternativas de práticas de saúde;
7. estudos sobre recursos humanos em saúde;
8. ecologia e entomologia;
9. avaliação de critérios nosológicos para classificação de doenças;
10. fatores de risco na atenção materno-infantil;
11. pesquisas em demografia e reprodução humana;
12. meio ambiente e determinação da doença;
13. pesquisa operacional em saúde pública;
14. pesquisa em educação em saúde;
15. controle de qualidade de produtos farmacêuticos;
16. pesquisas em saúde mental.

### 2.3 Recursos humanos

Com as mudanças ocorridas no desenvolvimento institucional, anteriormente apontadas — de projetos coletivos e interdisciplinares para projetos individuais referentes a programas de pós-graduação em saúde coletiva — observou-se um movimento semelhante na composição e absorção dos recursos humanos nas investigações da área. No primeiro momento, como exigência da produção coletivizada, foram absorvidos vários cientistas sociais nas equipes multidisciplinares de pesquisa dos diversos centros de investigação, na busca da criação de um quadro conceitual e uma metodologia apropriada à apreensão do objeto interdisciplinar que se pretendia abordar. No segundo momento, como decorrência da reversão desta perspectiva mais coletivizada e interdisciplinar da produção de conhecimentos, há também um refluxo na absorção de cientistas sociais na área de saúde coletiva, não tendo sido mesmo possível a própria manutenção daqueles profissionais envolvidos na primeira fase apontada.

Em investigação realizada em 1982 por Marsiglia e Rossi,<sup>54</sup> patrocinada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), conclui-se, com relação aos docentes envolvidos nos programas de ciências sociais de pós-graduação em saúde coletiva, que apenas metade (de um total de 50 questionários recebidos) tem curso de graduação em ciências sociais ou sociologia e política, distribuindo-se os demais pelas áreas de medicina (7), filosofia (5), economia (4), serviço social (4), pedagogia (3), direito (2), administração pública, psicologia, história e engenharia (1 em cada). Apenas 13 professores declararam estar realizando pesquisas.

Ademais, constata-se que muitos dos melhores profissionais das ciências sociais que estiveram envolvidos na produção de conhecimentos na área de saúde coletiva, fizeram-no por um curto período de tempo, retornando, em seguida,

<sup>54</sup> Marsiglia, Regina & Rossi, Selma S. Caracterização do ensino, pesquisa e recursos docentes da área de ciências sociais nos cursos de pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, op. cit. p. 73.

para atividades na sua própria disciplina, não aplicadas à área de saúde. Tal fato tem sido explicado tanto em termos da dificuldade de absorção desses profissionais em saúde, decorrente das características “corporativistas” das instituições médicas onde estão localizados os programas ou projetos de investigação da área, ou mesmo em termos comportamentais, como se tal problema decorresse da ausência de um comprometimento desses pesquisadores com a área de saúde, por sinal considerada por eles menos atrativa que as áreas básicas de suas próprias disciplinas. Verdadeiras ou falsas, tais análises têm consolidado preconceitos existentes, dificultando a absorção de cientistas sociais na área, ao lado de outras críticas já tradicionais ao nível de abstração e pouca “utilidade” da aplicação das ciências sociais à saúde.<sup>55</sup>

Com relação à formação de recursos humanos para a área, o relatório final da 1.ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva concluiu: “Deve-se ter em mente que a formação na área de saúde coletiva, ao nível da pós-graduação, não deve corresponder à perspectiva de produzir ‘cientistas sociais com especialização médica’ mas, longe disso, visa à formação de um novo profissional, cujo perfil ainda não se encontra definido, seja pelo caráter experimental dos currículos existentes na área, seja pela necessidade de ampliar um espaço de trabalho que só recentemente vem sendo criado.”<sup>56</sup>

No entanto, muitos fatores têm impedido a formação sistemática do profissional acima referido, na medida em que não se conseguiu criar qualquer núcleo de ensino e pesquisa em saúde coletiva nas instituições formadoras de cientistas humanos e sociais, ao lado da persistência da proibição de incorporar alunos de formação não-médica a alguns programas de pós-graduação em saúde (como é o caso do Instituto de Medicina Social da UERJ). Desta forma, as limitações na formação de um profissional de saúde coletiva com uma formação interdisciplinar têm, como conseqüência, a manutenção do ciclo de problemas apontados quanto à absorção dos cientistas sociais em saúde, na medida em que estes quase sempre desconhecem as especificidades da área de saúde.

Outra questão diz respeito ao lugar ocupado pelas ciências sociais na formação do profissional da área de saúde coletiva. A este respeito concluiu-se na 1.ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva: “Assim, o desenvolvimento das ciências sociais enquanto elemento na formação de profissionais na área de saúde deu-se, historicamente, na expectativa de que, pela via de conscientização, as ciências sociais passassem a se constituir em veículo de politização destes profissionais. A questão colocada por esse grupo é que, hoje, já não mais cabe pensar a politização da área de saúde como função de uma pretensa ‘iluminação acadêmica’ que adviria com a introdução das ciências sociais na formação dos profissionais da área (...).

Tentando refletir sobre a participação das ciências sociais na formação do trabalhador em saúde coletiva, entendemos que essa participação deve ser discutida à luz da compreensão da determinação social da saúde-doença. Partimos, pois, da suposição de que saúde-doença apresenta uma dupla determinação concreta: uma, passível de ser apreendida em termos biológicos e individuais; outra, que opera no plano social e é possível apreender no nível próprio da organização e

<sup>55</sup> 1.ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área da Saúde Coletiva — Relatório final. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, op. cit.

<sup>56</sup> Id. *ibid.* p. 153.

da transformação das sociedades. Desse modo, se existe uma *determinação social* da saúde-doença, a contribuição que as ciências sociais podem e devem dar à área da saúde será no sentido da explicação científica deste caráter social da determinação.”<sup>57</sup>

## 2.4 Programas governamentais de apoio à pesquisa

Desde 1975, as entidades governamentais têm definido periodicamente, através de programas com dotações específicas, uma política de incentivo à produção na área de saúde coletiva, com ênfase no desenvolvimento de projetos de investigação sobre os aspectos econômicos e sociais da saúde. Dentro desta orientação foram criados os Programas de Estudos Sócio-Econômicos de Saúde (Peses) e o de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (Peppe), assim como foram financiados vários projetos desenvolvidos no Instituto de Medicina Social da UERJ.

A ação governamental, àquela época, caracterizou-se por uma definição de política claramente favorável ao desenvolvimento de pesquisas de ciências sociais em saúde, juntamente à adoção de uma estratégia de “apoio institucional” pela qual, através principalmente da sua agência financiadora — Finep — foram escolhidas e apoiadas globalmente algumas instituições, o que permitiu a criação de núcleos concentrados de pesquisadores.

Como resultado desta política observa-se que “a pesquisa em saúde coletiva foi fortemente influenciada pela atuação da Finep, no período 1975-79, tendo sido apoiados 58 trabalhos de pesquisa, enquanto no período 1968-75 tinham sido apoiados apenas 29 projetos.”<sup>58</sup> Os resultados altamente favoráveis desta aplicação concentrada de recursos em área tão desprovida de apoio logo foram sentidos, com a produção científica daí resultante, sendo divulgada em sete livros, até 1980, além de várias teses e artigos publicados. No entanto, estes resultados não foram suficientes para dar continuidade a esta política, nem em termos de conteúdo nem de estratégia, de sorte que esta linha de financiamento foi praticamente interrompida entre 1978-1980.

Em 1978 havia sido formulado pela Finep o “Programa Integrado de Saúde” com o objetivo de dar continuidade e ampliar a ação governamental na área de saúde coletiva, além de aprofundar a estratégia de apoio institucional, permitindo a criação e fortalecimento de diversos núcleos de pesquisas emergentes, então identificados. Este programa jamais saiu do papel, tendo sido divulgado no momento em que mudanças governamentais tiveram como consequência a interrupção de toda esta linha de financiamentos anteriores.

O apoio aos projetos da área de saúde coletiva vão ser novamente retomados em um “Programa de Saúde Coletiva”, elaborado conjuntamente pela financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em 1982. Se bem que este novo programa signifique um desdobramento natural da linha anteriormente implementada de apoio às pesquisas de ciências sociais em saúde, do ponto de vista das

<sup>57</sup> 1.<sup>a</sup> Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área da Saúde Coletiva, p. 155.

<sup>58</sup> Magaldi, Cecília & Cordeiro, Hésio. op. cit. p. 47.

áreas temáticas e linhas de atuação a que foi dada prioridade, não retoma, no entanto, a estratégia anterior de apoio à criação de centros de pesquisa através do apoio institucional global. Desta forma, embora avaliemos positivamente a linha do programa em termos substantivos, somos levados a supor que sua eficácia será certamente menor do que a ação anterior baseada na estratégia de apoio institucional. As razões que nos levam a estas suposições são de duas ordens: por um lado, a área de saúde coletiva é ainda muito recente, carecendo de todo tipo de recursos que possam viabilizar uma produção satisfatória de conhecimentos, merecendo, portanto, um apoio efetivo e integral de que outras áreas de conhecimento poderiam prescindir; por outro lado, os estudos mais recentes sobre a produção de conhecimentos científicos têm apontado a necessidade de criação de equipes de cientistas, em face da complexificação das tarefas inerentes à produção de conhecimentos. Desta forma, o apoio a projetos individuais e/ou isolados tende a ter repercussões muito mais limitadas do que a criação de grandes núcleos de pesquisadores em torno de uma temática comum.

Observa-se também que, embora os programas das agências financiadoras dessem prioridade, na área de saúde coletiva, aos projetos que incorporassem a contribuição das ciências econômicas e sociais à análise dos problemas do setor saúde, tal diretriz não tem sido efetivada por estes mesmos programas quando da aplicação dos poucos recursos existentes. Se não vejamos: de 1978 a 1980, os recursos aplicados em saúde coletiva corresponderam a 2,45%, 0,8% e 2,7% do total de recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), respectivamente. Nesse mesmo período, aqueles recursos corresponderam, respectivamente, a 36,5%, 9,7% e 32,5% dos dispêndios em relação à saúde no FNDCT. Entre 1978-80 a Finep destinou Cr\$516.648.000 à área de saúde coletiva (valores de 1980), dos quais cerca de Cr\$404.371.000 foram destinados ao Programa Integrado de Doenças Endêmicas e Cr\$112.277.000 ao Programa Integrado de Saúde.<sup>59</sup>

O Programa Integrado de Doenças Endêmicas, embora incluído dentro da área de saúde coletiva, desenvolveu mais de 200 projetos a respeito de aspectos clínico-epidemiológicos, terapêuticos, imunológicos e de desenvolvimento de novas tecnologias de combate à esquistossomose, doença de Chagas, malária e leishmaniose. Em função do tipo de abordagem adotado em tais projetos, este programa situa-se mais propriamente na área tradicional de pesquisas da saúde pública e não na área atualmente denominada de saúde coletiva. Assim sendo, constata-se que os poucos recursos destinados pelos organismos estatais para investigações em saúde coletiva foram utilizados na proporção de 4:1, em projetos tradicionais de saúde pública em relação aos projetos de ciências sociais em saúde.

## 2.5 Divulgação da produção científica

Em todos os momentos em que os trabalhadores em saúde coletiva discutiram coletivamente suas condições de trabalho,<sup>60</sup> um ponto de estrangulamento da

<sup>59</sup> Finep — Proposta de um II Programa Integrado de Saúde, Rio de Janeiro, 1981. In: Magaldi, Cecília & Cordeiro, Hésio. op. cit.

<sup>60</sup> Veja relatórios dos programas da Finep e dos encontros da Abrasco, já citados.

produção de conhecimentos nesta área foi claramente identificado: trata-se do esquema de divulgação da produção. Na realidade, este esquema inexistia formalmente sendo que a divulgação tem sido feita através de iniciativas isoladas, descontínuas ou comerciais. A única iniciativa mais sistemática foi a Coleção Saúde em Debate do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Durante vários anos o Cebes publicou livros de pesquisadores brasileiros e estrangeiros na área de ciências sociais em saúde. Além do lançamento de livros, em convênio com as editoras comerciais, o Cebes manteve a publicação da revista *Saúde em Debate* (com 15 números editados), única publicação periódica especializada na área de ciências sociais em saúde. Por falta de apoio financeiro esta iniciativa, da maior importância na produção de conhecimentos nesta área, está interrompida há mais de um ano.

Em diversos momentos procurou-se montar um esquema permanente de divulgação da produção da área, seja através das próprias agências governamentais, seja por meio de um financiamento ao Cebes de forma a garantir a sobrevivência da única revista especializada da área e aproveitar o conhecimento já existente neste campo. No entanto, não foi possível operacionalizar qualquer das propostas formuladas.

Com a criação da Abrasco começou a ser superada uma parte dos problemas de intercâmbio assinalados, com o patrocínio regular de simpósios, encontros, realização de cursos de atualização de docentes e publicação de textos didáticos. Entretanto, a Abrasco não tem como meta prioritária o preenchimento das lacunas na área de publicação de livros e periódicos, sendo que só recentemente iniciou um projeto de publicação de livros. De toda maneira, o papel que a Abrasco vem representando nestes três últimos anos, como canal de intercâmbio entre os profissionais da área, certamente terá uma influência positiva no desenvolvimento das investigações na área de ciências sociais em saúde.

Concluindo, podemos afirmar que se a produção de conhecimentos de ciências sociais em saúde é limitada, pior é o estado da divulgação desta produção, na medida em que a única revista especializada está com sua publicação suspensa e que não seria possível listar 50 títulos de livros editados neste campo (nesta estimativa otimista estariam incluídos todos os títulos da área de saúde coletiva além de muitas publicações em saúde mental).

### *Summary*

This paper aims at an appraisal of the scientific production, achieved from the perspective of social sciences applied to health. The author uses for it the concept of Collective Health, indicating an area of knowledge circumscribed by the specific nature of its subject and by the employed methodology. The chosen subject is the "collective" which, while heterogeneous, always refers to the social, as a field for analysis and intervention. As to methodology, one starts from the controversial hypothesis of the social field being constituted because a historic-structural method was adopted. An analysis is made of the following themes, under which may be subsumed the scientific production specific of the field:

- State, Social Policies, Accumulation and Legitimacy;
- Health Institutions and the Social Organization of Medical Practice;
- Capitalism, Work Process and Reproduction of Manpower;
- From Communitarian Medicine to Urban Social Movements.

Finalley, a recent retrospect of investigations within the area is presented, involving institutions, thematic fields, human resources, governmental programs and means for disclosure of the scientific production.

**O Correio** da unesco

Se você é comprador assíduo ou, melhor ainda, assinante recente de O Correio da Unesco, não perca a oportunidade para completar sua coleção dessa revista que deixa você "por dentro do mundo". Estão à venda, pela Fundação Getulio Vargas, reedições e números atrasados em coleções anuais encadernadas.

1980, 1981 e 1982

**NAS LIVRARIAS DA FGV**  
ou pelo reembolso postal