Capítulo 4

A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde

Marconi do Ó Catão

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CATÃO, MO. *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde. pp. 139-168. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Capítulo 4

A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde

Neste início de século, a humanidade continua a vivenciar profundas transformações, especialmente nas esferas econômica, cultural, social e política, visto que a internacionalização da produção, distribuição e consumo, juntamente com o avanço das tecnologias da informação, têm como resultado a globalização da economia com as suas consequências: transnacionalização empresarial, desterritorialização da força de trabalho, desemprego etc. Por conseguinte, são observados o aumento das desigualdades entre os grupos sociais, o surgimento de novos movimentos nacionalistas, a exacerbação dos conflitos étnicos, a agressão ao meio ambiente, a intensificação da violência e, enfim, o desrespeito aos direitos humanos. Portanto, neste Capítulo, analisaremos a inserção das ciências sociais na área da saúde, bem como, nos Capítulos seguintes, faremos uma abordagem sobre o sistema de saúde brasileiro, a saúde como qualidade de vida e os transplantes de órgãos como forma de humanização.

A inserção das Ciências Sociais no campo da saúde

Nas décadas de sessenta e setenta do século XX, verificaram-se amplas discussões relacionadas com a saúde e com o desenvolvimento econômico e social que, por sua vez, resultaram em um relevante debate a respeito da extensão da cobertura dos serviços relacionados com o acesso aos direitos sociais. Logo, o reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos da saúde possibilitaram a afirmação da célebre frase: “saúde para todos no ano 2000”.

Inicialmente, é pertinente salientarmos o que, na época atual, vem se entendendo por *saúde*. Etmologicamente, a palavra *saúde* origina-se do latim *salus*, que significa são, inteiro, salvo, salvação, sendo que dessa palavra derivam: *saluus*, *solidus* e *soldus*, que exprime solda e soldado, ou seja, quer dizer o que é uma única peça, inteiro, completo¹; já em suas origens gregas, o sentido desse termo é, entre outros, de inteiro, intacto, real. De modo que saúde como integridade não permite a fragmentação em física, mental e social; conseqüentemente, parte-se de uma concepção que, em tese, compreende a saúde como componente integrante de uma grande variedade de disciplinas. Ressalte-se que esta foi a ótica proposta na *Conferência Nacional de Saúde de 1988*, que adotou a extensa definição de saúde - como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, ócio, liberdade, oportunidade à posse de terra e acesso aos serviços de saúde -, já tinha em mente a sua natureza pluridisciplinar.²

1 ALMEIDA, Napoleão Mendes de. **Gramática latina**: curso único e completo. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 103,157, 184 e 292.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde: **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1988. p.11.

Nesta perspectiva, *Tambellini apud Augusto*³ afirma que a saúde deve ser interpretada a partir de um conceito amplo, pois ela é um atributo da condição humana. Realmente, no decorrer do tempo, o estado de higidez tem sido exteriorizado de vários modos: ausência de doença; bem-estar biológico, psicológico e social; realização de potencialidade etc.; mas todos eles sempre procurando um valor ideal. Desse forma, a saúde, como condição fundamental ao desenvolvimento dos seres humanos, é interdependente das relações da convivência social historicamente determinada pela linguagem, política, técnica, processos econômicos e padrões de consumo. Então, a higidez é presidida por uma lógica complexa, que considera os fatos da natureza e da sociedade, como também reconhece os ideais de busca da plenitude, da beleza, do gozo e da dignidade humana.

Em suma, a interdisciplinaridade é sugerida para a saúde por possuir problematizações que levam a processos que envolvem princípios, valores e saberes advindos de várias disciplinas que lhes dão fundamentação, tais como a epidemiologia, a clínica, a sociologia, a política, a antropologia, a economia, entre outras. Certamente, esses processos tendem a originar novos métodos de análises e especializações, como também buscam introduzir instrumentos práticos para normatizar e planejar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.⁴

A *Saúde Pública*, como área de estudo e de ação, existe porque o ser humano tem uma natureza social e biológica; além disso, o homem organicamente considerado está sujeito às necessidades

3 AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Saúde, ambiente e desenvolvimento: desafios para a saúde pública. In: MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. (orgs.). **Redes sociais e saúde**: Novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 93.

4 AUGUSTO, op. cit., p.99.

fundamentais (fisiológicas) e aos processos vitais cujas diferentes manifestações são sintetizadas pelos conceitos de saúde e de doença. Mas, ao longo de sua história, os seres humanos viveram em unidades sociais, experimentando todas as consequências desses aspectos biológicos para alcançar o bem-estar coletivo; sendo que tudo isso foi determinado principalmente pela organização econômica e social do grupo e pelos meios científicos e técnicos disponíveis. Por essas razões, a história da saúde pública deve abordar dois ângulos: por um lado, reflete o progresso da ciência e da tecnologia médicas, pois a compreensão da natureza e da causa da enfermidade fornece uma base para o controle e ação preventiva; por outro lado, para à aplicação efetiva deste primeiro aspecto, é necessária, também, a participação de elementos não-médicos, notadamente os fatores econômicos e sociais.

Indiscutivelmente, é evidente a influência das relações política, econômica e social no desenvolvimento da saúde pública, haja vista que não pode haver um real entendimento da história desta saúde, sem a consequente compreensão dessas relações, devendo-se, portanto, considerar o período a ser analisado e sua situação contemporânea. Na verdade, o ponto principal da questão da saúde pública consiste no fato das doutrinas da liberdade econômica e do liberalismo político terem de ser analisadas em seus vários momentos; sendo que tal realidade não surgiu simplesmente devido ao aumento do sentimento humanitário ou da consciência social⁵, pois a própria legislação sobre saúde e saneamento resultou de uma variedade de forças existentes na ordem socioeconômica.

5 ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.239 e 241.

Rosen⁶ assinala a importância do movimento de 1848, que defendia a medicina como ciência social; de igual modo, ele destaca a contribuição das ideias de *Leubscher*, *Virchow* e *Salomon Neumann*, que apresentaram três princípios para fundamentar a medicina como ciência social: o primeiro deles afirma que a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; já o segundo enfatiza que as condições econômicas e sociais têm um efeito significativo na saúde e na doença, bem como recomenda que tais relações devem ser submetidas à investigação científica; e o terceiro preceito diz respeito a necessidade de serem tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, como também esclarece que as medidas relacionadas com tais ações devem ser tanto sociais quanto médicas. Segundo *Rosen*, a partir das características gerais deste último princípio, *Neumann* prepara o *Projeto de uma Lei de Saúde Pública*⁷, que foi submetida à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões em 1849.

6 Ibid., p. 81, 82 e 85.

7 De acordo com este documento: I. A Saúde Pública tem como objetivos: 1. O saudável desenvolvimento físico e mental do cidadão; 2. A prevenção de todos os perigos relativos à saúde; 3. O controle da doença. A II. Saúde Pública deve preocupar-se com: 1. A sociedade como um todo, considerando as condições físicas e sociais gerais que podem adversamente afetar à saúde, tais como solo, indústria, comida e moradia; 2. Cada indivíduo, considerando as condições que o impedem de cuidar de sua saúde; sendo que estas condições podem ser divididas em duas categorias principais: a. condições, como pobreza e enfermidade, em que o indivíduo tem o direito de exigir assistência do Estado; b. condições em que o Estado tem o direito e a obrigação de intervir na liberdade pessoal do indivíduo no interesse da saúde, como no caso de doenças transmissíveis e doença mental. III. A Saúde Pública pode atender a estes deveres: 1. Providenciando um número suficiente de pessoal médico bem treinado; 2. Estabelecendo uma organização adequada de pessoal médico; 3. Criando instituições apropriadas para a saúde pública. Cf. ROSEN, 1979, p. 86.

Na última década do século passado, *Terris*⁸ atualizou a tradicional definição de saúde pública, criada na década de vinte por *Winslow*, da seguinte maneira: “a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade”. Assim, com esta reconstrução esse autor enfatizou quatro objetivos básicos para a teoria e a prática de uma Saúde Pública inovadora: profilaxia das enfermidades não infecciosas; prevenção das moléstias infecciosas; promoção da saúde; e melhoria da atenção médica e da reabilitação.

Porém, é relevante registrarmos que a instauração de uma “certa” ordem mundial na década oitenta do século XX, inspirada no neoliberalismo, ocasiona uma fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde; sendo que, particularmente os países de economia capitalista, que forçosamente optaram pelo “*Estado mínimo*” e pela redução dos gastos públicos como forma de saída da chamada “*crise fiscal do Estado*”, em muito comprometeram o campo institucional conhecido como saúde pública, resultando em uma verdadeira “crise” neste setor. Por conseguinte, na busca da superação deste desequilíbrio conjuntural, são propostos vários aportes, cada um deles indicando a necessidade de novos paradigmas no âmbito da saúde pública. Nesse esforço, destacam-se as iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de reavaliar a “*Teoria e Prática da Saúde Pública*”, chegando até a proposta de uma “*Nova Saúde Pública*” como parte do movimento de renovação da estratégia “*Saúde para Todos*”⁹. Do mesmo modo, é louvável o incentivo do Banco Mundial com

8 TERRIS, M. Tendências actuales em la salud pública de las Americas. In. **Organización Panamericana de la Salud**. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C. 1992. p. 185-186

9 **OPAS. Representação Brasil**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://opas.org.br/opas.cfm>>. Acesso em: 26 Mar. 2006.

relação aos estudos das “*Prioridades na Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde*”. Logo, nessa abordagem é imprescindível a discussão da questão da *saúde no campo público*, bem como as propostas de ações que foram implementadas.

No decorrer do tempo, *a área da saúde vem passando por vários movimentos* envolvendo as práticas sanitárias advindas das diferentes articulações entre a sociedade e o Estado, que, por sua vez, determinam as respostas sociais às necessidades e aos problemas relacionados com a saúde. Nesse sentido, as fundamentações doutrinárias dos discursos sociais concernentes à saúde apareceram no século XVII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções com relação aos sujeitos.¹⁰ Portanto, por um lado surge a higiene, entendida como um conjunto de normatizações a serem aplicadas na esfera individual e que produz um discurso sobre a boa saúde voltada ao aspecto moral; já por outro lado, aparecem propostas de uma política médica que estabelece a responsabilidade do Estado como definidor de ações, leis e regulamentos relativos à saúde no setor coletivo, sendo ele um agente fiscalizador da aplicação social, remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política.

No século XIX, os países europeus vivenciaram a Revolução Industrial como um processo de grande relevância, visto que tal fato ocasionou um forte impacto nas condições de vida e saúde de suas populações. Então, a partir da organização das classes trabalhadoras, com o consequente aumento da sua participação política, principalmente nos países que alcançaram um elevado desenvolvimento das relações produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, rapidamente foram inseridos temas relativos à saúde na pauta das reivindicações dos movimentos sociais daquela época. De forma que, entre 1830 e 1880, aparecem, nesses países,

10 FOUCAULT, 2004a, passim.; Id., 2004b, passim.

propostas de compreensão da crise sanitária como um processo político e social que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social.

Assim, o conceito de *Medicina Social* surgiu como resposta aos problemas de doenças originadas pela industrialização, pois havia toda uma preocupação com essa nova classe de trabalhadores das sociedades modernas. Mas, posteriormente, a medicina social passa a ser entendida em um sentido mais amplo, incluindo vários grupos sociais. Nessa ótica, Foucault¹¹ leciona que:

[...] a medicina moderna é uma medicina que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; [...] Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa

11 FOUCAULT, 1984, p. 79-80; Ainda nessa mesma perspectiva, Foucault faz uma abordagem sobre a *medicina urbana*, com seus métodos de vigilância, hospitalização etc.; esse autor entende que medicina urbana não é mais que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. Assim, a medicina urbana teria como objetivos analisar: os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença; lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos; o controle e o estabelecimento de uma boa circulação da água e o ar; a organização para com as fontes de água para beber e os esgotos; entre outras finalidades. FOUCAULT, 1984, p.89-91.

no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. [...] É verdade que o corpo foi investido política e socialmente como força de trabalho [...].

A Medicina Social foi inicialmente conceituada por *Jules Guérin* em um texto intitulado: “*Médecine Sociale*”, publicado na *Gazette Médicale* de Paris no dia 11 de Março de 1848; este artigo buscava superar as ideias de polícia médica, higiene pública e de medicina legal, teorias e práticas nas quais predominava o papel intervencionista do Estado. Desse modo, pela primeira vez procurava-se entender, por meio da denominação “medicina social”, o campo que até então havia recebido diversas denominações. Saliente-se que, na origem da medicina social, foi importante a participação dos intelectuais e do formalismo da área médica, evidenciando as relações entre as condições sociais e os problemas de saúde, bem como destacando o papel fundamental da cidadania.¹²

Ao analisar a medicina social, *Rosen*¹³ ressalta dois pontos importantes: o primeiro deles diz respeito à medicina social como ciência descritiva, pois ela investiga as situações sociais e médicas de grupos específicos, determinando as relações causais que existem entre estas condições; já o segundo se refere a medicina social como ciência normativa, haja vista que estabelece padrões para os vários grupos que estão sendo estudados, como também indica medidas que podem ser adotadas para atenuar as situações existentes e alcançar os padrões que foram estabelecidos. Continuando,

12 NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 19.

13 ROSEN, 1979, p. 138-139.

esse autor assevera que o alcance da medicina social pode ser delimitado através de três importantes aspectos sociológicos relacionados com a saúde: a comunidade, o valor social e a política social. Quanto ao primeiro ângulo, observa-se o interesse pela relação da saúde e da doença com as instituições comunitárias, sendo considerados os princípios étnicos e raciais, os padrões de vida e a situação socioeconômica de diferentes grupos; na situação da saúde como valor social, torna-se pertinente saber como este valor tem sido definido por várias comunidades, bem como é necessário reconhecer a natureza dos desejos e expectativas dos diferentes grupos em relação à saúde; com relação ao terceiro ponto, é enfatizado a relevância das pesquisas na formação das políticas sociais voltadas à saúde.¹⁴

Em síntese, postula-se nesse movimento que a medicina é uma política aplicada no âmbito da saúde individual, sendo que isso nada mais é que a aplicação da medicina no campo social. De fato, a participação política é a principal estratégia de transformação da realidade da saúde, na expectativa de que dos movimentos populares deveriam resultar democracia, justiça e igualdade, que são fatores importantes na determinação da saúde social.

No Brasil, um eixo temático considerado relevante à Medicina Social foi o estudo dos determinantes da organização social da prática médica, buscando a relação entre medicina e estrutura social, como também entre medicina e sociedade. Portanto, foram estudadas as articulações econômicas, políticas e ideológicas de atenção médica e sanitária na sociedade brasileira; a análise da política previdenciária; as formas de organizações capitalizadas da produção da assistência médica; a organização da prática médica e

14 PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4), p.302, 1998.

instituições de saúde; entre outros temas. De maneira simultânea, especialmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, estrutura-se uma resposta para a problemática relacionada à ação do Estado no setor da saúde, constituindo o movimento conhecido por *Sanitarismo*.

Na saúde pública tradicional, os sanitaristas eram em sua maioria funcionários das recém-implantadas agências oficiais de saúde e bem-estar; sendo que tais especialistas, em geral, produziam um discurso e uma prática sobre as questões da saúde com bases na aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a ampliação de ações profiláticas (saneamento, imunização etc.), voltadas principalmente aos pobres e aos setores excluídos da população. Com o advento do paradigma microbiano nas ciências básicas da saúde, o movimento sanitarista ganha um grande impulso por meio de um processo de hegemonização, já então denominado de Saúde Pública; de forma que praticamente se redefinem as diretrizes da teoria e prática no campo da saúde social no contexto do ocidente.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde¹⁵ a principal característica do “sanitarista” seria sua capacidade de liderança, devendo os cursos de formação produzir líderes para o setor de saúde; logo, ele foi um especialista isolado, que trabalhava em programas verticais com imposição autoritária. Com efeito, tal comportamento revela um exemplo concreto da postura radical com que tem se posicionado a saúde pública diante de outros setores que compõem o campo; na época atual já existe, inclusive, uma pauta no sentido da extinção dessa especialidade, visto que o Estado, a sociedade e as equipes de saúde cumpririam com todas as tarefas relacionadas com a saúde da coletividade.

15 OPAS. Recursos humanos y sistemas locales de salud. Série **Desarrollo de recursos humanos**, 31. Washington, 1994. p.63.

No início do século passado, com o *Relatório Flexner*, surge, nos Estados Unidos, uma reavaliação das bases científicas da medicina, resultando na redefinição do ensino e da prática a partir de princípios de ordem tecnológica. Assim, com base no conhecimento experimental, advindo de pesquisas realizadas geralmente com doenças infecciosas, o *modelo de Flexner* enfatiza a separação entre individual e coletivo, privado e público, curativo e preventivo. Já no decênio de quarenta do século XX, como consequência do incremento de custos devido ao aumento da especialização e do melhoramento tecnológico da prática médica, desenvolvem-se, também nos Estados Unidos, ideias de implantação de um sistema nacional de saúde. Por outro lado, no âmbito educacional é proposta a abertura de departamentos de *Medicina Preventiva*, em substituição às Clássicas Cátedras de Higiene, capazes de atuar como veículos de difusão dos conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, até então exclusivas das escolas de Saúde Pública¹⁶; por conseguinte, a noção de prevenção é redefinida, terminando por absorver a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo.

Saliente-se que, na década cinquenta no século XX, organismos internacionais ligados à área da saúde optam pela nova doutrina, levando a uma internacionalização da *Medicina Preventiva* como movimento ideológico, tendo em vista que, na Europa (França, Suécia etc.), são realizados vários Congressos promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS); já na América Latina, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde, aconteceram os Seminários de *Viña del Mar* (Chile) e de *Tchuacán* (México), entre outros eventos.¹⁷

16 LEAVELL, H. ; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. p.28.

17 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 303.

Nos Estados Unidos, os anos sessenta do século passado foram marcados por grandes mobilizações populares devido a importantes questões sociais, como os direitos humanos, o racismo, a pobreza, o conflito do Vietnã etc. Logo, na esfera da saúde, organiza-se o movimento da *Saúde Comunitária*, também conhecido como *Medicina Comunitária*, com base na implantação de centros comunitários de saúde, com apoio do governo federal, sendo, em geral, administrados por instituições sem fins lucrativos e destinados a realizar ações preventivas, bem como a prestar cuidados básicos de saúde à populações residentes em áreas delimitadas.

Ademais, a ideia da saúde comunitária resgata parte das propostas da medicina preventiva, especialmente no que se refere às “ciências da conduta” (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas a problemas de saúde. Nesse caso, o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais destina-se não a facilitar a relação médico-paciente ou a gestão organizacional em saúde, como no movimento anterior, mas sim, preocupa-se em possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades consideradas problemáticas, através da identificação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde. Por esses motivos, o movimento da saúde comunitária consegue colocar em prática alguns princípios da saúde preventiva, porém privilegiando os setores sociais minoritários e deixando a desejar o aspecto social da assistência médica convencional.¹⁸

Desse modo, a fragilidade do movimento da saúde comunitária, devido principalmente ao distanciamento do sistema de saúde predominante no país de origem, é bem expressiva; e, mais uma vez, os organismos internacionais ligados ao setor da saúde procuram inserir a nova proposta ideológica, introduzindo o seu corpo

18 DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. p. 61-63.

doutrinário às necessidades dos diversos ângulos de aplicação potencial. De fato, com o apoio da OMS, os princípios desses programas comunitários de saúde passam a enfatizar mais o plano da assistência simplificada, objetivando a ampliação da cobertura dos serviços para populações até então excluídas do cuidado à saúde, notadamente em zonas rurais, sendo dessa forma incorporados ao discurso das agências oficiais (secretarias, ministérios) de saúde.

Na América Latina, os programas de saúde comunitária foram implantados principalmente no Brasil, na Colômbia e no Chile, sob o patrocínio de Fundações norte-americanas e apoiados pela Organização Pan-Americana de Saúde. Registre-se que, há quase trinta e cinco anos (1977), a Assembleia Mundial de Saúde vem assumindo uma proposta política de ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência à saúde. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata, promovida pela OMS, reitera a saúde como direito do homem, sob a responsabilidade política dos governos; além disso, este evento estabelece a Atenção Primária à Saúde como estratégia de operacionalização das finalidades da “Saúde Para Todos – 2000”, absorvendo assim alguns elementos da proposta da saúde comunitária. Mas, ressalte-se que já na década de oitenta do século passado, com a denominação atualizada de Silos¹⁹ (Sistemas Locais de Saúde) e dentro de um

19 Sobre os *Sistemas Locais de Saúde*, a socióloga e historiadora Regina Bodstein apresenta um importante trabalho com relação aos Serviços Locais de Saúde. Assim, essa autora procura demonstrar que o nível local é um espaço privilegiado para a constituição dos atores; por conseguinte, coloca tais sistemas como uma arena de responsabilidade social, de construção de cidadania, de expressão de conflitos, consensos e referências concretas para programação e avaliação da atenção à saúde. Enfim, por meio de um enfoque micro-institucional, expressa, através de teorias intermediárias e trabalhos empíricos, a complexidade presente nas estruturas, processos e representações locais.

modelo distritalizado com base em níveis hierarquizados de atenção, o discurso da saúde comunitária integra-se às iniciativas de reforma setorial da saúde nos países em desenvolvimento.²⁰

No estudo das *Ciências Sociais no campo da Saúde*, observa-se, no caso particular da Sociologia, a ausência de uma tradição clássica para a esfera da saúde, quando comparada a determinados temas das áreas constitutivas das ciências sociais, tais como religião, política, modos de produção, dentre outros processos sociais básicos; de forma que os primeiros teóricos da sociologia achavam que a medicina não era uma instituição que expressasse a estrutura e a natureza da sociedade. Nessa discussão, cumpre salientar que a denominação *Sociologia Médica* surge nos Estados Unidos no final do século XIX, mais especificamente em 1893, através de um trabalho de *McIntire*, que tratava das preocupações acadêmicas relacionadas com as leis que regulavam as vinculações entre a profissão médica e a sociedade, tendo como objetivo verificar as explicações sociológicas sobre as relações entre a instituição e a linguagem médica, seus pacientes e a comunidade em geral.

Com efeito, a sociologia médica fez com que a sociedade compreendesse a relevância das relações entre os profissionais da área médica e os doentes, situações nas quais estão imbricadas questões de ordem econômica, institucional, moral e de classe. Portanto, foi assim que trabalharam os pioneiros, tais como *Henderson*, em 1935; *Hall*, de 1948 a 1949; *Parsons*, em 1951; *Sigerist*, de 1929 até 1960; entre outros. Este último autor trouxe uma reflexão bem abrangente quanto à definição de sociologia médica, pois recepciona a ideia de que a medicina não pode se considerar apenas como uma aplicação biológica, haja vista que sua matriz, que é o ser humano,

BODSTEIN, Regina C. de A. (org.). **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

20 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 305.

é histórica, social, política e econômica. Já *Sigerist* se preocupou com as diferenças de pensar a saúde nos campos da medicina e da sociedade; logo, no primeiro caso, a doença é o objeto principal, enquanto que no segundo, o fundamento filosófico se dirige para as questões de higiene e equilíbrio do corpo e do espírito, da nobreza e da beleza, em uma inspiração baseada no mundo grego.²¹

Para *Martins*²², a relação entre sociologia e os estudos sobre a saúde afirma-se a partir de dois aspectos, sendo o primeiro deles no âmbito sociológico, enfatizando a compreensão da saúde como um fenômeno social, isto é, um fato resultante das interações humanas, produto da vida em sociedade; já o outro ângulo se exterioriza nos campos da antropologia médica e de algumas disciplinas das ciências da saúde, tais como a epidemiologia, a medicina social e a clínica social.

Na Europa e na América do Norte, um aspecto digno de destaque, no desenvolvimento de uma sociologia voltada à saúde, foi o término da Segunda Grande Guerra. Realmente, nos Estados Unidos, apesar de haver antecedentes importantes, somente depois da década de cinquenta do século passado é que se caminha no sentido de uma produção regular no que se refere à medicina e à sociedade; considerem-se, por exemplo, os estudos sociológicos conduzidos por *Talcott Parsons* e *Erving Goffman*, entre outros autores norte-americanos.

Na América Latina, são destacados os trabalhos de *Everardo Nunes*, que enfatiza a influência da sociologia americana e o esforço para se criar um pensamento autônomo adequado à realidade da região. Um outro importantíssimo pesquisador latino-americano é

21 NUNES, 1999, p. 153-154.

22 MARTINS, Paulo Henrique. "Introdução". **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. In: Martins, Paulo Henrique; FONTES, Breno. (orgs.). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 9.

Juan César García, que desenvolveu investigações desde o decênio de sessenta até o início dos anos oitenta do século XX, quando veio a falecer. Os textos deste cientista social abordam os seguintes temas: a localização da medicina na estrutura social, como também a influência desta na produção e distribuição da doença; análise da estrutura interna da produção de serviços médicos; os processos de atenção e cuidados médicos; entre outros. Mas, uma das grandes contribuições deste autor é que ele evidencia a crise que está ocorrendo no campo das ciências sociais aplicadas aos problemas médicos, especialmente, relacionada com as limitações explicativas, com os desvios ideológicos e com a fragmentação da realidade estudada, situações estas que foram herdadas da corrente Funcionalista e que estariam fundamentando teoricamente essa área do conhecimento.²³

De maneira que, na América Latina, as ciências sociais e, em particular, a sociologia, projetaram-se entre as décadas de trinta e cinquenta do século passado, quando ocorreu a emergência de uma preocupação com a saúde, embora apresentem desenvolvimentos separados; sendo que foi nesse período que parte da burguesia realizou um grande esforço no setor da industrialização, com repercussões no desenvolvimento capitalista e na modernização social.

Logo, o surgimento de um pensamento social em saúde está diretamente relacionado com as problemáticas socioeconômica, política e ideológica, bem como com as tradições culturais e intelectuais de cada época; mas, na história do pensamento social da América Latina, houve uma grande influência europeia, com uma fase de filosofia moral, seguida, após a independência das

23 GARCIA, Juan César. Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. In: NUNES, Everardo Duarte. (org.). **As ciências sociais em medicina**. São Paulo – Rio de Janeiro: Cortez – Abrasco, 1989. p. 52-53 e 60-61.

colônias, pela absorção das ideias de várias correntes, tais como o Humanismo, o Ecletismo etc. Portanto, no final do século XIX, o Positivismo torna-se, em muitos países, como Brasil e México, doutrina oficial, porém havendo, igualmente, outras correntes contrárias, desenvolvendo uma sociologia marginal; sendo neste mesmo período e início do século XX que é institucionalizada a sociologia, por meio da implantação de cátedras em diversos lugares: Colômbia, 1882; Argentina, 1897; México, 1900; entre outros. No Brasil, a criação da sociologia ocorre no terceiro decênio do século XX, mais precisamente em 1933, com a Escola Livre de Sociologia e Política, em São Paulo; e, em 1934, com a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da Universidade de São Paulo.²⁴

Contudo, cumpre ressaltar que, na América Latina, entre as décadas de trinta e quarenta do século passado, evidenciou-se alguma preocupação com os problemas sociais na área da saúde, mas somente a partir dos anos setenta, tornou-se tema de pesquisa do ensino de pós-graduação. Nessa perspectiva, existem alguns antecedentes que são dignos de nota, como é o caso do estabelecimento de convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos e vários países latino-americanos, isto em 1942, momento em que havia grande interesse pelos temas da saúde. Um outro fato significativo pode ser encontrado nos trabalhos desenvolvidos pelos antropólogos em seus estudos sobre os aspectos socioculturais no âmbito dos serviços de saúde, como é o caso das pesquisas realizadas, no Brasil, por *Charles Wagley*, de 1939 até 1946; *Kalervo Oberg*, já nos anos cinquenta do século XX²⁵; entre outras análises. De modo igual, em vários países latino-americanos, os primeiros cientistas sociais a se inserirem na área da saúde foram os antropólogos; porém, a tentativa de introduzir as ciências sociais na saúde,

24 NUNES, 1999, p. 156.

25 Ibid., p. 157.

de forma mais sistemática, somente irá acontecer nos anos sessenta do século passado, quando se estabelece uma crítica com relação ao modelo biomédico orientador da formação médica.

Nessa discussão, um outro fato que justifica as novas preocupações com os estudos sobre saúde e sociedade é o Projeto Preventivista Latino-Americano, iniciado nos anos cinquenta do século antecedente, que se discute a reforma do ensino médico. Essa proposta ideológica, procurava-se, ao criticar o biologismo inerente ao ensino, com base em práticas individuais e centradas na estrutura hospitalar, fornecer uma visão mais completa do indivíduo, acrescentando novos conhecimentos; logo, tratava-se da integração entre o indivíduo, nos planos biológico, psicológico e social, e a ciência médica, destacando-se a medicina de família vinculada ao plano da comunidade.

Ainda nessa trajetória, a partir dos anos setenta do século passado, começam a ocorrer importantes eventos no campo das ciências sociais em saúde; sendo que, neste período, já se observava a insatisfação com os modelos de ensino na área das ciências sociais aplicadas à saúde, bem como evidenciavam-se críticas no uso da história da doença e na utilização de uma literatura basicamente da corrente *Funcionalista*, que era, de certa forma, limitada para a compreensão de uma sociedade subdesenvolvida. Diante de tal realidade, alguns seminários são realizados pela Organização Pan-Americana de Saúde, em particular, o realizado em Cuenca (Equador), em 1972; deste encontro, parte a proposta de um modelo alternativo que deveria considerar as relações entre o conceito e as ações de saúde, e entre os modos de produção de saúde e as formações socioeconômicas. Então, nos anos setenta do século XX, verifica-se a ênfase na abordagem teórica advinda do *Materialismo Histórico*, que traduz o aspecto distintivo das ciências sociais em saúde na América Latina.

Mercer²⁶ destaca que desde a segunda metade dos anos setenta até 1980, as ciências sociais em saúde passam por um período de “*identidade e legitimação*”, sendo esta uma fase de inquietação teórica, visto que, ao lado do pensamento *Marxista*, há a corrente *Estruturalista*, representada por *Michel Foucault*, *Claude Lévi-Strauss*, entre outros; além do mais, várias discussões voltam-se para a área da psiquiatria, principalmente nos textos de *Robert Castel*, *David Cooper* e *Franco Basaglia*. Certamente, as ocorrências dessa época não podem ser afastadas da criação dos cursos de pós-graduação em Medicina Social. Quanto à produção científica propriamente dita, é pertinente ressaltar que alguns trabalhos brasileiros marcaram esse período, sendo que parte desta produção irá tratar das relações entre medicina e sociedade, programas de saúde, medicina estatal etc.

Feitas essas considerações, enfatizamos que é no final dos anos setenta do século XX que irá concretizar-se a crise, que teve início no meado dessa época, na medida em que é evidenciada uma inclinação recessiva da economia dos países latino-americanos, com o agravamento da inflação, como também com o aumento da dívida externa e do desemprego. Assim, é com a crise fiscal refletindo negativamente nos níveis de saúde que foi desencadeada uma revisão das posições diante deste setor. No plano internacional, instala-se o discurso da *Atenção Primária* no campo da saúde; já no âmbito nacional, vai havendo um posicionamento com relação a problema sanitário, com a integração dos vários segmentos que tratavam da medicina preventiva, da medicina social e da saúde pública. Ainda nos anos setenta, são formadas duas organizações que serão fundamentais no estabelecimento dos movimentos

26 . MERCER, H. Las Contribuciones de la sociologia a la investigación em salud. In: NUNES, E.D. (org.). **Ciências sociais y salud em América Latina**: tendencias y perspectivas. Washington: DPS, Montividéu: Ciesu, 1986. p.226.

acadêmicos e políticos na saúde: o *Cebes* (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), que surge em 1976; e a *Abrasco* (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criada em 1979. Contudo, ao lado dos fatores estruturais e políticos, que foram fundamentais para se repensar as questões da saúde, há também os financeiros, que muito significaram para o desenvolvimento da pesquisa, como foi o caso da *Finep* (Financiadora de Estudos de Pesquisas), que vem possibilitando alguns estudos sobre saúde por meio tecnológico e científico.

Em resumo, nos anos setenta do século XX, evidenciou-se uma forte integração que, por sua vez, possibilitou que as ciências sociais tomassem a saúde como eixo temático; sendo que tal processo é caracterizado tanto pela preocupação teórica quanto pela institucionalização da formação através da pós-graduação e pelo financiamento à pesquisa. Logo, o desenvolvimento da política científica envolvendo agências de financiamento favoreceu a expansão da área da *Saúde Coletiva* desde a segunda metade do decênio de setenta do século passado.

Para Nunes²⁷, o termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, provenientes das áreas de saúde pública e da medicina preventiva e social, procuraram fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social. De fato, o movimento político-ideológico de sanitaristas brasileiros na luta pela democracia, isso nas décadas de setenta e de oitenta do século XX, foi criado principalmente na militância da esquerda e com orientação do ex-Partido Comunista Brasileiro, trazendo toda uma perspectiva de uma nova dimensão do saber para trabalhar a saúde pública, que ficou conhecida como Saúde Coletiva. De maneira

27 NUNES, E.D. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação, *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.1, n.1, p.56, 1996.

que se trata de um campo de conhecimento e de práticas que se fazem a partir de uma visão comprometida socialmente com a vida; sendo que tal concepção evoluiu teoricamente, recebendo contribuições de várias disciplinas, que se integraram para conhecer profundamente o processo saúde-doença, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde no plano coletivo, considerando seus aspectos socioculturais, históricos e políticos.²⁸

Então, ao lado do reordenamento de um conjunto de práticas relacionadas com a questão da saúde, surgem as preocupações de conferir maior organicidade quanto à formação de pessoal no nível de pós-graduação, bem como com relação à produção de conhecimentos e à formulação de políticas voltadas para a esfera da saúde, no propósito de procurar reunir distintos profissionais, pertencentes ao tradicional espaço institucionalizado da Saúde Pública e das áreas acadêmicas de Medicina Preventiva, Medicina Social etc. Com efeito, sob a Saúde Coletiva procurava-se agrupar diferentes correntes de pensamento e práticas: a Medicina Social e Preventiva, como também as tendências racionalistas, nas suas formas representadas pela Saúde Pública institucionalizada, tanto na sua versão Sanitarista quanto na sua expressão vinculada aos programas de extensão da cobertura e à assistência médica no âmbito previdenciário.²⁹

Enfim, por tudo isso que foi exposto, o campo de conhecimento da saúde coletiva ainda não é precisamente estabelecido, notadamente quando se tenta determinar especificamente o seu objeto; neste sentido, os próprios profissionais desse setor, em suas

28 AUGUSTO, L. G. S., op.cit., p.94; Nesse sentido, v.tb. CANESQUI, Ana Maria. As Ciências Sociais, a saúde e a Saúde Coletiva. In: ____ (org.). **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995. p.26.

29 CANESQUI, 1995, p.26.

análises e discussões, defrontam-se com inúmeras concepções e se recusam a delimitar o objeto da saúde coletiva, tendo em vista que, necessariamente, deparam-se com uma multiplicidade de objetos e áreas de saber, desde as ciências naturais até as sociais.

*Paim e Almeida Filho*³⁰ asseveram que a saúde coletiva pode ser entendida como campo científico e de práticas: a primeira situação diz respeito à produção de saberes e conhecimentos com relação ao objeto “saúde”, evidenciando-se a participação de distintas disciplinas; já com o segundo campo, a saúde coletiva se refere à realização de ações em diferentes organizações e instituições, produzidas por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço reconhecido como “setor saúde”. Em seguida, esses autores esclarecem que:

Originalmente, o marco conceitual proposto para orientar o ensino, a pesquisa e a extensão em saúde coletiva; no caso brasileiro, foi composto pelos seguintes pressupostos básicos: a) A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade; b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais; c) O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social, e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, como também

30 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p.308-309.

o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações [...]. d) O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.

Diante desta explanação, observamos que o desenvolvimento da saúde coletiva, enquanto área de saber e campo de práticas, nos últimos anos, vem dando novos significados a alguns desses pressupostos, como é o caso da definição do “objeto” apresentada, sugerindo o entendimento da saúde coletiva como ciência ou disciplina científica. Mas, trabalhos mais recentes, nos contextos teórico e epistemológico, apontam a saúde coletiva como um campo interdisciplinar e não propriamente como uma disciplina científica, muito menos uma ciência ou especialidade médica.³¹ Além disso, é importante salientar que na constituição da saúde coletiva são também considerados os diálogos com a saúde pública e com a medicina social, como vem se verificando nas duas últimas décadas do século passado, possibilitando então uma delimitação, mesmo que provisória, dessa área científica, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas.

Em outros termos, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, como um processo social; investiga a produção e distribuição das enfermidades na sociedade em uma perspectiva de produção e reprodução social; analisa as práticas da saúde na sua articulação com as demais ações sociais;

31 Nesse sentido, ver: CANESQUI, 1995, p. 26 e 31-33.

enfim, procura compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, buscando sua explicação e se organizando para enfrentá-los.³²

Nesse contexto, é relevante destacar que, em alguns países da América Latina, incluindo o Brasil, evidencia-se, desde os decênios de oitenta e de noventa do século passado, um trabalho de elaboração de novas teorias, abordagens e métodos da epidemiologia e da planificação em saúde; além de pesquisas buscando a aplicação de métodos das ciências sociais na área da saúde coletiva. Assim, a partir desse interesse por uma nova construção teórica, tem surgido novos objetos de conhecimento e de intervenção, como são os casos da comunicação social em saúde e da vigilância em saúde; de modo igual, ressalte-se o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde coletiva, por meio de contribuições nos setores de *Políticas e Práticas de Saúde*, *Epidemiologia Social e Planificação em Saúde*, bem como de *Epistemologia e Metodologia em Saúde*.³³

Na segunda metade da década de noventa do século XX, várias análises foram realizadas no sentido de delimitar o campo de estudo da Saúde Coletiva, sendo que dentre as abordagens presentes na literatura, puderam-se identificar algumas propostas para a determinação específica do objeto de conhecimento da Saúde Coletiva: uma delas é de caráter conjuntural; já uma segunda assume a identidade da Saúde Coletiva e Medicina Social; e em uma outra, a Saúde Coletiva surge como campo de conhecimento diretamente relacionado com a prática política do Movimento Sanitário.³⁴ Logo, tais concepções identificam as ciências sociais com distintos níveis de abrangência: um bem

32 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309.

33 FLEURY, S. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1985. p.93-94.

34 CANESQUI, 1995, p. 28-32.

restrito e instrumental, de forma que as ciências sociais se reduzem ao plano específico das políticas de saúde; um segundo, também bastante limitado, na medida que conecta as ciências sociais à dinâmica e agenda do movimento sanitário; já o terceiro é bem abrangente, pois toma as ciências sociais como constitutivas do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, nas suas interfaces interdisciplinares; além de outras perspectivas que surgiram na Saúde Coletiva nesse mesmo período.

No entender de *Carvalho*³⁵, a saúde coletiva, ao introduzir o social ao pensamento sanitário:

[...] tendeu a fazê-lo segundo cânones objetivistas preconizados pela escola estruturalista e pela tradição marxista: a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos – no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias [...].

Sem dúvida, concordamos com *Carvalho* quando ele destaca a tendência do saber dominante, na saúde coletiva, em subestimar a relevância dos sujeitos na participação da vida cotidiana e institucional. De fato, tal evidência é digna de nota, apesar de renomados autores³⁶ haverem divulgado pesquisas em que a saúde pública surgia como construção histórica e o exercício profissional como prática social.

35 CARVALHO, A.I. Da saúde pública às políticas saudáveis - saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.1, n. 1, 1996. p. 105-106.

36 Cf. DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas cidades, 1976. Passim; TESTA, M. *Pensar em salud*. Buenos Aires: Lugar editorial, 1993. Passim.

Em última análise, seria pertinente reconhecer a propensão natural da saúde coletiva em confundir-se com toda a área da saúde, haja vista que para alguns cientistas sociais, ela se constitui em uma espécie de discurso supostamente capaz de criticar e reconstruir saberes e processos concretos de produção de saúde; de modo que ela forneceria explicações autossuficientes sobre saúde, doença e intervenção. Já por outro ângulo, a ideia constitutiva da saúde coletiva teria uma predisposição em aceitar e valorizar a determinação social dos processos saúde e doença, em detrimento dos fatores de ordem subjetiva e biológica; nesta hipótese, a saúde coletiva é reconhecida como um novo paradigma ou mesmo como um modelo alternativo aos demais³⁷.

Entretanto, observamos que o procedimento dominante na medicina é desautorizar, em princípio, todo o saber e prática sobre saúde produzidos fora de sua própria racionalidade; se bem que, ao acompanhar tal crítica, verificamos que a saúde coletiva tende a adotar, de igual modo, a mesma postura totalitária e disciplinar. Mas, em sentido contrário, diversos cientistas sociais defendem que a epidemiologia e as ciências sociais explicariam o processo saúde/doença e fundariam um novo “*paradigma*”, com um modo de intervenção na realidade que superaria todos os outros existentes;³⁸ em conformidade com esta perspectiva, a saúde coletiva seria quase um novo modelo. Com efeito, alguns autores³⁹ dessa área já chegaram, inclusive, a anunciar o aparecimento de um “novo paradigma” da promoção da saúde que superaria a influência do padrão clínico na organização dos serviços e práticas. Nesse prisma, o modelo

37 CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, 2000. p. 222.

38 Ibid., p. 222.

39 Cf. MENDES, E.V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. Passim.

chamado de vigilância em saúde, por exemplo, proclama-se vinculado a um novo paradigma, o da promoção à saúde, entendendo que a introdução do social no contexto da análise dos processos saúde/doença criaria práticas distintas daquelas baseadas na história natural.

Após essas reflexões, cumpre ressaltar que os efeitos da afirmação do paradigma da promoção à saúde sobre a sociologia aparecem com as mudanças institucionais e políticas representadas pela Atenção Básica e pela Vigilância à Saúde.⁴⁰ No Brasil, o movimento da Saúde Coletiva teve papel decisivo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por ocasião da promulgação da Constituição Federal de 1988. Certamente, o surgimento de serviços como o Programa de Saúde da Família (PSF), os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), entre outros, representam fatos que indicam para uma certa flexibilidade e consequente receptividade por parte da cultura médico-hospitalar com relação às implicações sociais da prática da saúde.

Finalizando, é importante registrar que, a partir dos anos oitenta do século XX, a variedade de perspectivas teóricas é bastante evidente, tomemos como exemplos os trabalhos utilizando os conceitos de *campos e habitus*, na teoria desenvolvida por *Pierre Bourdieu*; a análise do discurso de *Michel Foucault* sendo considerada em recentes estudos; *Clifford Geertz* será referência para as pesquisas sobre os aspectos simbólico e cultural das práticas médicas etc.

Na época atual, podemos destacar alguns assuntos relevantes no encaminhamento da produção em ciências sociais no âmbito da saúde, como é o tema das *Políticas de Saúde*, área que apresentou grande desenvolvimento, salientando-se o trabalho da

40 MARTINS, P.H.; FONTES, B. (org.) *A sociologia e a saúde: caminhos cruzados*. [S.l.:s.n.], 2004, p.12.

Regina Bodstein⁴¹, que trata do predomínio que teve a tradição Marxista e a escola Estruturalista no estudo da questão do Estado e das Políticas de Saúde; sendo que esta autora enfatiza que um dos principais problemas a enfrentar reside na articulação entre o macro e o microssocial, associado ao resgate do significado dos atores coletivos e de novas identidades que se constroem durante o processo. De modo igual, uma matéria de extrema relevância é a abordagem quanto ao Conceito Saúde/Doença, que vem sendo reiteradamente analisado por vários estudiosos. No que se refere ao tema, Maria Cecília Minayo⁴² enfatiza que o campo das representações sociais sobre saúde/doença pode ser analisado em três vertentes: como expressão social e individual; como manifestação de contradições sociais; e como campo de luta política; em síntese, esta autora entende que a saúde/doença, enquanto fenômeno social, tem seu esquema interno de explicações a partir de um marco referencial de especialistas, mas também compõe o quadro da experiência do dia a dia, que se revela através do senso comum.

Recentemente, alguns pesquisadores vêm adotando teorias que destacam a construção das identidades, bem como valorizam a subjetividade, o imaginário e os fenômenos da cultura, em si mesmos ou como instâncias mediadoras entre as estruturas/sistemas e a ação social.⁴³

41 BODSTEIN, R.C.A. Políticas de serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A.M. (org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1997. p. 219-220.

42 MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1989. p. 193-194.

43 NUNES, 1999, p. 165.

Concluimos este Capítulo, compreendendo que o campo das ciências sociais em saúde, no Brasil, reflete tradições intelectuais, como também está diretamente relacionado com as várias reordenações pelas quais passaram as práticas médicas e de saúde. Mas, sem dúvida, uma forte conotação política esteve presente na construção de uma ciência social latino-americana, tendo, por conseguinte, repercutido bastante no setor da saúde. Além disso, é possível afirmar que praticamente todas as áreas de conhecimento científico vêm contribuindo para o campo da saúde no contexto das ciências sociais, sobressaindo-se o envolvimento mais direto dos profissionais da saúde com as questões políticas. De forma que procura-se uma reativação da análise histórica das doenças e da organização sanitária, objetivando uma reavaliação das bases teóricas no setor do planejamento em saúde. De fato, reergue-se a discussão da saúde com os novos dilemas advindos dos avanços tecnológico e científico, especialmente no âmbito das questões *bioéticas*, como são os casos da *doação de órgãos para fins de transplantes*, *do aborto*, *da utilização de células-tronco embrionárias*, *da reprodução assistida etc.*