MARLENE RODRIGUES DE NOVAES

CONTRIBUIÇÕES AO PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas sob orientação do Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes.

AGOSTO/2004

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Marlene Rodrigues de Novaes

Contribuições ao pensamento social em saúde.

Tese de Doutorado em Ciências Sociais apresentada ao Depto. de Antropologia do Instituto Filosofia de Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação do Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes.

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida e pela Comissão Julgadora em 30 de agosto de 2004

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes (orientador)

Prof. Dr. Guilhermo Raul Ruben

Profa. Dra. Maria Andréa Rios Loyola Leblond

Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

Prof. Dra. Mara Helena de Andréa Gomes

Suplente:

Profa. Dra. Nádia Farage

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

agosto/2004

MARLENE RODRIGUES DE NOVAES

CONTRIBUIÇÕES AO PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas sob orientação do Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes.

Este exemplar corresponde à redação
Final da tese defendida e aprovada
pela Comissão Julgadora em __/__/__

BANCA

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes (orientador)
Prof. Dr. Guillermo Raul Ruben
Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber
Profa. Dra. Mara Helena de Andréa Gomes
Profa. Dra. Maria Andréa Loyola

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros (Suplente)

AGOSTO/2004

UNIDADE CC
N.º CHAMADA:
T/UNICAMP
N856c
V. Ex.
TOMBO BC/ 64679
PROC. 16-86-05
G D
PREÇO 11,00
DATA 7-7-05
N.º CPD
-Bibid 358516

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

Novaes, Marlene Rodrigues de

N856c Contribuições ao pensamento social em saúde no Brasil / Marlene Rodrigues de Novaes. - - Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador: Everardo Duarte Nunes.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Saúde - Brasil. 2.Ciências Sociais - Brasil. 3. Etnografia. I. Nunes, Everardo Duarte. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

À Mariana

Dae513940

O amor que brota de mim verga em direção à luz dos teus olhos, esparramando-se. Puros e singelos, teus afetos regam minuciosa e cotidianamente minha felicidade. E quando chega o tempo da florada, colhes de mim os risos que me semeia com a doçura que é teu encanto. Amo-te, minha filha, obrigada por me fazer crescer e florescer.

Agradecimentos

Gostaria de fazer meus agradecimentos, expressando a sinceridade que carregam. O apoio que recebi de pessoas e instituições foi fundamental.

À Maria Cecília de Souza Minayo, pela gentileza pessoal e solicitude com a qual contribuiu para esta pesquisa por intermédio dos seus depoimentos e generosidade em disponibilizar parte do volume de sua produção intelectual.

No Claves, fui extremamente bem atendida por Hynajara Boueris da Silva, bibliotecária, a quem agradeço a atenção e ajuda dispensada.

Ao Amilton Brito pelo seu otimismo contagiante. Guardo profunda admiração pela alegria que ele tem com a vida e esparrama em transbordamentos. Esta tese nele teve importantes apoios.

Ao Eduardo Balster Martins e Yma Abreu, esses amigos que carrego no peito com estimado afeto porque são verdadeiramente especiais. É indizível o sentimento de gratidão que tenho por eles, pessoas sempre dispostas a me ajudar nas horas mais difíceis.

Aos meus amigos de Maringá agradeço, em especial, ao Luis Henrique Marques pela ajuda nas horas necessárias. Sem falar da Thayse Gonçalves Lima, sempre doce e bela; da Cristina Bento Luna, forte e terna. Amigos, pessoas com as quais nunca deixo de aprender.

Os intelectuais que figuram nesta tese têm todos a minha gratidão pela colaboração com a pesquisa, atenção e dedicação com a qual se dispuseram transferir informações sobre seus universos de trabalho. O êxito desta tese deve muito às informações por eles disponibilizadas, porém é minha obrigação isentá-los de qualquer responsabilidade sobre as interpretações que teci a partir de suas falas.

Gostaria de fazer um agradecimento especial à Ana Maria Canesqui pelo carinho com que me recebeu e pelo empréstimo de materiais que foram importantes demais para a redação deste trabalho.

Agradeço profundamente Madel Luz pelos diálogos, informações, empréstimo de materiais valiosos para a escrita desse trabalho e também pela oportunidade de contar com o rico contato humano que ela oferece.

À minha instituição, Universidade Estadual de Maringá, pela oportunidade de aprimoramento na capacitação docente.

Agradeço, especialmente, meu orientador Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes, pela competência que o torna um homem de gênio original com o poder de estimular o crescimento intelectual daqueles que tem a sorte de com ele conviver.

Com este trabalho homenageio minhas irmãs, Belinha e Edna, porque tudo isso começa com elas quando me ensinaram acreditar e lutar.

Resumo

Esta tese analisa o pensamento social em saúde no Brasil em suas trajetória, evolução e características, concedendo atenção à participação das Ciências Sociais em Saúde em sua constituição. Tal pensamento foi convertido em objeto etnográfico e abordado mediante o estudo das atuações ancestrais de homens que a ele verteram contribuições, o interesse foi rastrear a formação de tradição em pesquisas no campo das Ciências Sociais cuja centralidade temática é a questão da saúde. Objetivando estudar a prática contemporânea das Ciências Sociais em Saúde, as investigações voltaram-se para seus praticantes situados funcionalmente em instituições do campo da saúde. Os valores da etnografia dialógica ou interpretativa para os estudos sociais da ciência foram acionados para examinar a prática científica e seus resultados expressos em obras de contribuição ao pensamento social em saúde. Especial destaque foi concedido a duas instituições científicas do campo da saúde e, dentro delas, a dois intelectuais publicamente identificados como membros da comunidade das Ciências Sociais em Saúde que tiveram suas contribuições no campo detalhadamente enfocadas.

ÍNDICE

Introdução *01*

Capítulo 1
INTRODUÇÃO AO ESTUDO DO PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE 09

Capítulo 2
A ORGANIZAÇÃO DO OLHAR: APELO ÀS ETNOGRAFIAS DIALÓGICAS 37

Capítulo 3
AS CIÊNCIAS SOCIAIS NO CAMPO SOCIAL DA SAÚDE 83

Capítulo 4
O TRABALHO INTELECTUAL EM SAÚDE 143

Capítulo 5
SOBRE A ORGANIZAÇÃO INTELECTUAL DA CIÊNCIA: O DCS-ENSP 193

Capítulo 6
SOBRE O PROCESSO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA: O DMPS 281

Conclusão 339

Referências Bibliográficas 365

Apêndice I: A produção intelectual de Maria Cecília de Souza Minayo
I.1. Obras Consultadas 393
I.2. Bibliografia Completa 422

Apêndice II: A produção intelectual de Everardo Duarte Nunes
II.1. Obras Consultadas 431
II.2. Bibliografia Completa 445

INTRODUÇÃO

Esta é uma tese de contribuição ao pensamento social em saúde no Brasil. Não uso o tom proclamátorio para apresentá-la nestes termos porque não se trata de investi-la de caráter magistral, a intenção é outra. O que efetivamente justifica este trabalho é o interesse no acesso, consideração e análise das contribuições que homens do passado e presente têm vertido ao pensamento social em saúde e o empenho pela fixação deste pensamento como objeto de pesquisa etnográfica. Num dado curso histórico, intelectuais têm produzido obras de valor que reunidas constituem e dão volume ao pensamento social em saúde. Contraditoriamente, não temos contado com número expressivo de pesquisadores dedicados a esse tema em si mesmo. Desbloquear o caminho para a fluência de pesquisas sobre assunto foi razão de causa e ânimo para condução das minhas atividades de pesquisas, leituras e reflexões. Reconheço na concretização desta tarefa minha contribuição ao pensamento social em saúde. Outras, que inspiraram o título deste trabalho, serão oferecidas pelo encontro com pessoas cujos nomes são retidos como seus elaboradores.

Ao compreender o pensamento social em saúde como o conjunto da produção intelectual que examina e interpreta a questão saúde pela vertente social, sua natureza laborativa, ágil em reunir intelectuais das mais distintas procedências para sua confecção, é evidenciada. Um vasto número de intelectuais com formações acadêmicas bastante diferenciadas compõe a galeria dos seus produtores.

A tarefa de abordar o pensamento social em saúde no Brasil cobra humildade de parte daquele que se não deseja finalizar seu deciframento, dado o reconhecimento de sua amplitude, ao menos objetiva uma primeira aproximação ao tema – meu caso em especial. É imprescindível que o pesquisador diante das amplas margens desse pensamento, que analogamente se comporta como um rio caudaloso e incessante em movimentos, decida em quais das suas alturas ou reentrâncias deve ater-se em calma a fim de refletir. Decidi parar diante da parcela de contribuição das Ciências Sociais. Seria esse o foco pontual de análise a ser alcançado mediante exame etnográfico. Há, portanto, modesta limitação no empreendimento realizado nesta pesquisa. Este é um estudo de um setor do pensamento social em saúde destacado pela participação das Ciências Sociais em sua elaboração. Não há interesse em cobri-lo em toda sua

magnitude. Não há como abarcar no espaço de um trabalho de exigência formalmente acadêmica todas as suas diferentes tradições e os intelectuais que as enfeixam. Fazer eleições de pesquisa, com a finalidade de melhor qualificar o balanço das contribuições ao pensamento social em saúde, se torna inevitável. Por isso, o objeto central deste trabalho converteu-se na prática e produtos científicos de cientistas sociais que comparecem em sua construção.

Se o que fazem os cientistas sociais quando se voltam ao objeto saúde identifica-se como *Ciências Sociais em Saúde*, tal campo científico emergiu como núcleo do estudo da contribuição dos cientistas sociais ao pensamento social em saúde. Assim, em certo momento, a pesquisa se volta para o passado das Ciências Sociais em Saúde para em outro, manifestar preocupação com seu presente.

A investigação da prática contemporânea das Ciências Sociais foi empreendida mediante o enfoque dos seus praticantes de forma a caracterizar-se, este trabalho, numa pesquisa de etnografia da ciência. Tratava-se de observar, analisar e interpretar as atividades e os produtos científicos de intelectuais que se reconhecem e são reconhecidos como praticantes de Ciências Sociais em Saúde. Ao invés de contemplar uma grande lista de cientistas sociais produtivos no campo da saúde para participar deste estudo, correndo o risco de tornar o trabalho prolixo e dispersivo, optei por restringir-me a dois autores das Ciências Sociais em Saúde. A avaliação da prática científica dos cientistas sociais eleitos alvos de minha atenção nesta pesquisa utilizou como modelo de apreensão o argumento organizacional e institucionalista. Tratava-se de realizar a análise e reflexão etnográfica das Ciências Sociais em Saúde em suas práticas, a partir do enfoque a seus produtores aderidos a instituições. Amparos metodológicos importantes nessa direção foram buscados junto aos estudos sociais da ciência

Abre o trabalho o esforço por situar o pensamento numa dimensão pesquisável com a crença de que a empreitada estimularia reação ao banimento no qual se encontra submetido o pensamento social em saúde na qualidade de objeto de pesquisa empírica. Esta seria a contribuição introdutória que tento oferecer ao pensamento social em saúde. O primeiro capítulo apresentado está marcado pelo empenho de retirar o pensamento do conjunto das abstrações inatingíveis mediante o resgate do seu caráter prático, concreto e objetivo. Grande esteio para a tarefa encontrei em Wittgenstein, o filósofo que pensou o pensamento destituído de um sentido impenetrável, conferindo-lhe a mesma agilidade que se reconhece no mundo. A fim de conceder rigidez ao objeto pensamento social em saúde, percorri a tradição de pesquisa sobre o

pensamento através de alguns nomes de recurso da sociologia das idéias ou do pensamento: Durkheim, Mannheim e Marx. E, valorizando a tradição de estudos inaugurada por Mannheim, ampliei a perspectiva sociológica a fim de integrar a compreensão etnográfica do pensamento.

Dessa nova perspectiva tratava-se de fixar o pensamento como fenômeno etnográfico, razão pela qual evoquei a inteligência dos estudos sociais da ciência. Para conferir precisão etnográfica ao objeto pensamento social em saúde foi preciso sair das grutas mentais do pensamento para alcançá-lo nos espaços públicos, nas instituições científicas. A negação do aspecto fugidio do pensamento se fez em reconhecimento que o estudo do pensamento é o estudo dos homens que pensam. Vencido, portanto o estabelecimento do pensamento enquanto objeto etnográfico, tratava-se de converter a pesquisa num estudo sobre os intelectuais e suas obras como elementos de contribuição ao pensamento social em saúde.

O capítulo 2 se constrói interessado em explicitar o método etnográfico em suas diversas versões e apresentações. Reconhecer a ciência como uma forma de cultura como outra qualquer concede à etnografia impar aptidão para desvendá-la, esse é o argumento que justifica o capítulo. A utilização da etnografia nos estudos da ciência tem dado origem a um volume antes represado de pesquisas, provas de sua fecundidade e êxitos. Minha defesa, em particular, foi para as etnografias dialógicas ou interpretativistas pelas qualidades que nelas reconheço para o sucesso de um estudo da natureza como o que aqui se empreende. Tais etnografias, entre outras razões, me pareceram oportunas para o estudo de homens influentes em seus meios e que pensam a saúde pela via das Ciências Sociais, porque priorizam o diálogo como expediente privilegiado para a compreensão. Tendo fixado um método, tratava-se de dar-lhe movimento para assim empreender o estudo do pensamento social em saúde com especial atenção ao quinhão devotado pelos cientistas sociais que, trabalhando o objeto saúde compõem o que vem sendo chamado de Ciências Sociais em Saúde.

O interesse por examinar a instauração de tradição em Ciências Sociais e Saúde edifica o capítulo 3. Ali pretendi rastrear a origem da tradição em Ciências Sociais em Saúde que representou uma maneira de expansão no conhecimento social da saúde.

Ciente do fato que a adesão a uma tradição desempenha papel fundamental no desenvolvimento científico não me furtei ao enfrentamento da questão. Mediante pesquisa bibliográfica e consulta de obras raras, o recuo no tempo se tornou alternativa para o reconhecimento das características ancestrais do pensamento social em saúde por intermédio da

identificação dos primeiros contatos científicos com objeto saúde. Quais as origens e condições da emergência do pensamento social em saúde no Brasil constituíram-se perguntas norteadoras do terceiro capítulo. Para a conclusão das tarefas impostas, foi necessária a aproximação aos primeiros cientistas sociais atuantes no campo da saúde a fim de fazer o levantamento dos seus interesses, atividades, e produtos científicos como alternativa para deflagrar o entendimento sobre o processo de instauração da tradição em pesquisas hoje identificadas como próprias ao campo das Ciências Sociais em Saúde.

Em síntese, cuidei de examinar as condições históricas e sociais que tornaram possível a existência de um campo intelectual denominado Ciências Sociais em Saúde, como forma preliminar e antecedente à compreensão da totalidade concreta das relações que constitui, na atualidade, esse campo como sistema de relações. Justifica o mergulho na história do pensamento social em saúde em sua correlação com as atividades passadas dos cientistas sociais o fato de que melhor se define a direção em que caminhar quando se conhece a direção e o tamanho do percurso já trilhado. Conhecer o passado das Ciências Sociais em Saúde nos habilita a entender o peso que hoje comporta praticar ciência sob esta rubrica.

Considerando que para a etnografia da ciência fundamental é saber o que fazem os homens quando se declaram praticantes de uma ciência, a pesquisa foi necessariamente levada ao âmbito da práxis científica contemporânea. Tratava-se de estudar a ciência na qualidade de forma de organização de trabalho definidora de regras, papéis e atribuições aos seus praticantes. Cabia estudar os intelectuais na qualidade de grupo social, concedendo atenção às funções das quais se incumbem quando atuantes no campo da saúde e apontar seus compromissos e desempenhos intelectuais, éticos e sociais. Estes foram alguns dos interesses analíticos consagrados no capítulo 4. O compromisso foi estudar os intelectuais do campo da saúde e as características de seus espaços de atuação profissional - as instituições científicas – entendendo-as como espaços sociais da ciência que funcionam a partir de sistemas que são simultaneamente sistemas de reputação e recompensa.

A pesquisa ganha acesso empírico quando integra autores e obras no estudo do pensamento social em saúde. No capítulo 5, investigo a prática contemporânea de um padrão intelectual de investigação científica, denominado Ciências Sociais em Saúde, a partir de sua integração num sistema institucional que congrega intelectuais que trabalham na construção do pensamento social em saúde. Procurei analisar a interferência, na produção científica, dos

mecanismos institucionais de distribuição diferencial de tarefas, prestígio e distinção aos intelectuais ativos na maior escola de saúde pública do país – a ENSP. Nesta instituição focalizo, particularmente, o Departamento de Ciência Sociais - DCS - como espaço de produção de itens e conformação do pensamento social. Interessada em reconhecer a atual situação da comunicação entre especialidades cientificas que encorpam o campo social da saúde, procurei dialogar com vários intelectuais acerca da questão da interdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva e sua atual situação no DCS.

Maria Cecília de Souza Minayo foi a intelectual com a qual mais longamente me entretive. Vali-me do método da história de vida para referir sua trajetória e partilhando suas memórias, ouvindo seus depoimentos, procurei entender seu jeito de pensar e estilo de produzir Ciências Sociais em Saúde. Suas contribuições foram apontadas, suas idéias apresentadas, algumas de suas obras detalhadas e discutidas. O trabalho de campo na ENSP teve duração de 43 dias, tendo se iniciado em fins de maio de 2002. Julguei o tempo adequado em função da avaliação da quantidade de material obtida e da segurança quanto à constatação de que eu havia chegado ao desvendamento etnográfico daquele espaço.

O capítulo 6 persiste nos interesses explicitados no capítulo precedente e tem como eixo de investigação a reflexão sobre o processo de produção e resultados da produção científica no campo das Ciências Sociais em Saúde, conforme se realiza articulado ao campo da Saúde Coletiva. As indagações sobre o que faz e como faz o cientista social que se engaja como categoria ocupacional especializada em locais de trabalho das Ciências da Saúde, foi questão de minha atenção. Fiz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (DMPS-Unicamp) local de pesquisa para dar resposta a essas e outras indagações. Elegendo um cientista social que pioneiramente trabalha o objeto saúde, Everardo Duarte Nunes, e considerando a inserção profissional que detém nesta referida instituição registrei sua voz, sua memória pessoal referida aos primórdios das Ciências Sociais em Saúde, sua atual experiência de trabalho e os resultados dela, utilizando-me do método da história de vida como recurso privilegiado de análise.

No DMPS dialoguei com diversos intelectuais tendo por motivação explicitar os sistemas de relações que se estabelecem entre produtores de obras. Os resultados desse empreendimento estão registrados. Um dos focos do capítulo é o exame do processo por meio do qual se constituem obras de participação no pensamento social em saúde. Assim, examino o

processo dinâmico através do qual objetos de pesquisa são eleitos, teorias são escolhidas e resultados apresentados. Partindo do princípio que a análise do pensamento social em saúde deve levar em conta o modo como tem sido realmente fabricado, o estudo dos procedimentos através dos quais a ciência se constrói tornou-se questão fundamental. Para efeito da pesquisa etnográfica no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp - DMPS - métodos e técnicas tradicionais foram utilizados, os diálogos com os informantes valorizados. O trabalho de campo foi realizado de modo intermitente, porém o ano de 2002 deve ser retido como momento do encaminhamento das entrevistas, o qual teve como duração continuada um mês. Porém, desde o ano de 1999, quando cursava disciplinas do doutorado em Saúde Coletiva, vinculado ao DMPS, ou nos anos subseqüentes quando ia ao DMPS reunir-me com meu orientador sempre fui cuidadosa em manter registros em meu diário de campo.

As entrevistas realizadas com os intelectuais no DMPS-Unicamp e DCS-ENSP priorizaram a vida profissional, formação acadêmica, iniciação no campo da saúde, experiência profissional, vivência institucional etc, sem negligenciar questões aventadas pelos próprios falantes. Gravados e transcritos os depoimentos resultaram num volumoso material, uma vez que os entrevistados revelaram-se bastante falantes. Os intelectuais portaram-se bastante à vontade diante do gravador e o que predomina nos depoimentos é mais o excesso que a falta em se tratando do ato de minuciar as respostas, franqueza, riqueza de informações e conhecimentos oferecidos. Há contudo que se considerar as limitações de um tal material, posto que a memória é seletiva e as falas se portam temporalmente fixadas. Evidentemente, não se pode esperar que as vozes reproduzidas nesse trabalho sejam eficientes para explicitar a prática das Ciências Sociais em Saúde como um todo.

Nem todos os intelectuais que ouvi acabaram aparecendo neste trabalho. Vários entrevistados, apesar de ficarem sem representação textual, ajudaram-me a tecer compreensões e interpretações. Procurei dar atenção às questões pertinentes para fazer o desvendamento dos espaços institucionais da ciência e levantar novas questões que merecem continuidade investigativa posto que conhecemos muito pouco sobre o modo como se produz intelectualmente no campo das Ciências Sociais, as quais conformam realidades bastante diferentes das Ciências Naturais no que diz respeito à produção científica. Considero, portanto, que a pesquisa resultou num material etnográfico bastante rico que, se não pode ser considerado decisivo para desvendar

toda as Ciências Sociais em Saúde, mostrou-se suficiente para iluminar o processo dinâmico pelo qual o conhecimento científico é praticado e produtos científicos construídos.

O trabalho conta, ainda, com Apêndices, os quais tem por objetivo referir e formar dados para a análise dos produtos intelectuais de Maria Cecília de Souza Minayo e Everardo Duarte Nunes. No Apêndice I, foram apresentados os trabalhos publicados de Maria Cecília de Souza Minayo, consultados por mim, a fim de representar sua prática científica. Na seqüência, aparece a bibliografia completa da autora, tendo por base dados obtidos no currículo lattes, cuja última atualização data de 23/03/2004. No Apêndice II, o mesmo procedimento foi retomado. Apresento alguns trabalhos publicados de Everardo Duarte Nunes, que foram por mim examinados, para em seguida oferecer ao leitor sua bibliografia completa, tendo por base dados disponíveis no currículo *lattes*, com última atualização datada de 28/04/2004.

O esforço que consta nos Apêndices é fundamental para compor a compreensão acerca dos resultados da prática científica em Ciências Sócias em Saúde, sabidamente um dos meus interesses analíticos. No espaço dos Apêndices, parto de textos como estruturas da prática científica. O material consultado, tanto de Cecília quanto de Everardo, foram lidos e interpretados de forma similar ao que fazem os etnógrafos quando lêem culturas, instituições, costumes, etc. Textos, tomados como estruturas que comportam atividades mentais expressas em práticas, transformam-se em rico material etnográfico para acessar o pensamento. Assim, o trabalho expresso no nível dos Apêndices respondeu à necessidade de apresentar ao público alguns produtos da prática das Ciências Sociais em Saúde.

Considerando que a pesquisa tenha se voltado para a produção científica de apenas dois membros do campo e não se podendo, obviamente, acreditar que tal empreendimento esgote a totalidade dos estilos e contribuições que constam das Ciências Sociais em Saúde; admitindo que o material consultado não representa a totalidade da obra dos dois autores, ainda assim, há que se reconhecer que são indispensáveis para formar a compreensão acerca do que, contemporaneamente, se produz sob a denominação de Ciências Sociais em Saúde e, ao mesmo tempo, permitir o acesso mais global ao pensamento dos dois autores. Se o que fazem os intelectuais em suas atividades científicas, entre outras coisas, são textos, neles se deve prestar atenção a fim de conhecer a ciência da forma como é praticada. A questão que permanece é multiplicar este esforço para alcançar outros personagens do campo.

Minha pesquisa abre mais questões do que as esgota, incita mais a pensar que concluir. Há muito a ser feito. Procurei pela ponta do fio que desenrola pesquisas sobre a produção científica e tendo-o encontrado, considero importante estendê-lo para mais adiante que se possa fazer. Motiva-me a multiplicação de estudos da natureza dos aqui empreendidos porque vejo a importância de agregar outros autores na constelação dos contribuintes ao pensamento social em saúde; reconhecer seus feitos, examinar suas obras e refletir sobre as interpretações particulares que oferecem à questão da saúde no Brasil. Tal tarefa favoreceria o reconhecimento do desenvolvimento e características do pensamento social em saúde no Brasil.

Para efeito dessa pesquisa de caráter academicamente formalizado a aproximação a Maria Cecília de Souza Minayo e Everardo Duarte Nunes deve ser entendida como tarefa inaugural que merece multiplicação através do acesso a outros autores. Caberia, portanto, seqüênciar o tipo de pesquisa aqui desenvolvida junto a outros intelectuais do campo.

Tendo feito considerações que serviram para matizar e orientar a leitura do trabalho, peço agora a atenção de meus leitores para andar comigo essa pesquisa.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DO PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE

> *"Os aspectos mais importantes das coisas estão ocultos pela sua simplicidade e trivialidade. (Podemos não notá-los por sempre tê-los diante de nossos olhos.) Os homens não se dão conta dos verdadeiros fundamentos de sua pesquisa. A menos que alguma vez tenham se dado conta disto. – E isto significa: não nos damos conta daquilo que, uma vez visto, é o mais marcante e o mais forte"*
>
> *Wittgenstein (Investigações Filosóficas)*

Como uma pesquisa de um nível de ordem fundamental e nítida relevância social, o reconhecimento, análise e interpretação mais global dos escritos que participam e conformam o pensamento social em saúde no Brasil ainda não foi objeto da atenção que merece. É possível identificar a razão do abandono pelo próprio caráter do assunto que se desdobra em temas múltiplos a exigir colaboração e recursos de vários campos disciplinares para seu completo descortínio. Esgotar a questão do pensamento social em saúde no Brasil não é tarefa exeqüível ao intelecto e punho de uma só pessoa, isso talvez explique o desestímulo.

Entretanto, com Fernando de Azevedo (1996) aprendemos que as incumbências de grande porte devem ser pensadas em caráter colaborativo, cada um executa a sua parte. Quem começa um trabalho que requer sempre novos sopros de ânimo não pode exigir de si mais do que resultados introdutórios que valham, no mínimo, como incitação de vontades similares. Restringir tarefas equivale à lucidez de acatar limitações como intrínsecas ao humano. Não é por outra razão que o trabalho que aqui se apresenta confessa sua modéstia ao pretender, antes de tudo, contribuir para a deflagração de estudos sobre o pensamento social em saúde no Brasil quanto ao seu processo de constituição, desenvolvimento, resultados e possibilidades.

Face seu comportamento prismático, o pensamento social em saúde no Brasil se decompõe em fachos múltiplos de temas conforme os modos pelos quais é iluminado. Pretendo lançar sobre ele as luzes da antropologia, enxergá-lo como um fenômeno etnográfico que se decompõe em faixas de luzes com suas cores ativas. Com o benefício da minha educação profissional em antropologia, comprometo-me a observar um dos matizes desse pensamento: aquele que refere a contribuição das Ciências Sociais em Saúde. Sob a denominação Ciências Sociais em Saúde estão acolhidos os campos disciplinares que compõem as Ciências Sociais, propriamente ditas, identificados pelos interesses que detém na reflexão sobre questões referentes à saúde e sociedade: sociologia médica, antropologia médica ou da saúde e Ciência Política, considerado o enfoque das políticas públicas e sociais de saúde.

Esta tese objetiva etnografar a prática científica de contribuição ao pensamento social em saúde no Brasil especificamente definida como Ciências Sociais em Saúde. Visa à focalização das funções sociais e das atividades intelectuais de alguns dos seus praticantes no que diz respeito à participação na constituição, desenvolvimento e caracterização do pensamento social em saúde. Minha análise se volta para sujeitos atuantes na área das Ciências Sociais em Saúde e busca em suas histórias de vida, inserção social e contextos em que se movem, dados esclarecedores sobre suas práticas científicas em termos de estilo, peculiaridades e potencialidades.

Este trabalho não se justifica pela reconstrução histórica das Ciências Sociais em Saúde, mas é impossível negligenciar tal tarefa num trabalho da natureza do que aqui se apresenta. Assim, a pesquisa se volta ao passado como recurso para a compreensão do presente desse campo de conhecimento. Porém, como não se trata de caracterizar esta tese como uma pesquisa genética das Ciências Sociais em Saúde, em si mesmas, não assumo a responsabilidade de lidar com a totalidade dos personagens pertencentes ao núcleo formador do campo. Realiza-se aqui um exercício de etnografia da ciência não satisfeito em aprisionar-se no passado como um tempo histórico que tudo toma e explica. Por essa razão após o necessário recuo ao passado, dando cumprimento aos seus objetivos, volto-me para interrogar intelectuais que cotidianamente se dedicam a lidar com idéias, conceitos, normas, gostos, apostas e frustrações nesse campo denominado Ciências Sociais em Saúde.

No momento em que se trata de considerar os aspectos contemporâneos da prática das Ciências Sociais em Saúde, elegi dois espaços institucionais da ciência como locais para o

No momento em que se trata de considerar os aspectos contemporâneos da prática das Ciências Sociais em Saúde, elegi dois espaços institucionais da ciência como locais para o trabalho de campo, entendendo-os como instituições de onde são lançados produtos científicos que fazem parte da versão contemporânea do pensamento social em saúde. São eles: Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública (DCS-ENSP) e Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (DMPS-Unicamp). Tendo assim ambientada a pesquisa, dialoguei com cientistas que trabalham o objeto saúde. Em cada instituição destaquei um intelectual, em especial, para acompanhar e dar visibilidade à práxis científica e seus resultados consolidados em obras: na ENSP- Maria Cecília de Souza Minayo; na Unicamp - Everardo Duarte Nunes. Meu acesso a tais personagens se fez com a utilização do método de história de vida, pois se tratava de examinar os modos como fizeram as trilhas de suas vidas no campo das Ciências Sociais em Saúde, informando sobre suas experiências, as circunstâncias sob as quais produzem e os resultados desta investida.

Esta pesquisa configura apenas um preâmbulo quando fixa um objetivo pontual num horizonte tão vasto de possibilidades. Objetivo estabelecido junto a limites formais onde se fazem notáveis a fecundidade da contribuição antropológica para a constatação da importância e densidade de um problema que tem sido negligenciado por parte de nossos estudiosos: o pensamento social em saúde no Brasil.

A empreitada pede por um requisito: o que devemos entender por pensamento social em saúde? A questão obriga a considerá-lo em correlação com seu fluxo social de discurso apreensível no conjunto das redes e interações sociais que o produzem e revestem de significados. Daí a exigência metodológica de abordar o pensamento como um assunto empírico, uma atividade como outra qualquer cognoscível no conjunto geral das relações humanas que com ele se atinam, merecem esclarecimento e o transformam em alvo de interesse etnográfico.

Cientistas sociais que têm a saúde como seu foco e eixo de reflexões e práticas executam suas atividades profissionais sob condições especiais como partícipes de relações sociais específicas – eis o argumento seminal da pesquisa. Tal entendimento movimenta o direcionamento do foco investigativo das potencialidades e qualificações intelectuais individuais para a função social de uma categoria de homens que mobiliza minha atenção. Dessa perspectiva, o processo de formação de um estrato intelectual no campo das Ciências Sociais que manifesta

eloqüência sobre a temática da saúde, de um ponto de vista criticamente coerente, bem como os resultados do exercício dessa função intelectual serão analisados nos quadros de um complexo social em conexão com outros grupos sociais.

Mas não são razões de zelos corporativos advindos da formação profissional que falam a favor da utilização do método etnográfico nos limites da presente pesquisa. A etnografia como método para o estudo social da ciência é capaz de abonar a si própria ao trazer inovações e recursos de uma riqueza insuspeitada para desvendar a ciência como fenômeno social. A realização de etnografias do trabalho científico vem comprovando caráter fecundo e promissor uma vez facilitar a obtenção de resultados de pesquisa dificultados por outras perspectivas analíticas (cf: Knorr-Cetina, 1981,1983; Knorr-Cetina & Mulkay, 1983; Latour, 1981; Restivo, 1981; Woolgar, 1983; Latour & Woolgar, 1997; entre outros).

A utilização da etnografia vem demonstrando produtividade quando o interesse é falar objetivamente sobre a ciência, sua prática e seus produtos compreendidos a partir da cotidianidade da vida científica e dos condicionantes do pensamento em sua relação com o mundo vivo e transformativo da ação social. A palpitação vital da etnografia advém do encontro com pensadores em situações concretas da realidade científica. Tomam-se os produtos científicos como construções, resultados de processos de produção fundamentais para a compreensão da ciência. Por isso o intuito em se valer do método etnográfico e suas faiscantes potencialidades investigativas por entre essa nossa raia.

Muito se tem dito sobre o pensamento, sobretudo por ter sido objeto de dedicação intensiva por parte dos filósofos, epistemólogos, psicolingüistas, psicólogos, reflexologistas, sociólogos e antropólogos. Os filósofos colocaram sobre seus ombros a tarefa de entendê-lo em si, buscando elucidar-lhe o funcionamento em seus tratados de Lógica. Não é do meu alcance enveredar por essa dimensão do pensamento, busco abordá-lo como: *"um catalisador capaz de perturbar rotinas, desorganizar hábitos, romper costumes, solapar crenças e gerar ceticismo"* (Wirth, 1976:14). Meu mais persistente propósito é aproximar-me do pensamento entendendo-o como objeto empírico e instrumento de ação.

Karl Mannheim (1976:31) empenhado em situar e atinar sobre a dimensão social do pensamento concretamente existente em seus nexos com o contexto de ação coletiva, afirmou: *"(...) quem pensa não são os homens em geral, nem tampouco indivíduos isolados, mas os*

homens em certos grupos que tenham desenvolvido um estilo de pensamento particular em uma interminável série de respostas a certas situações típicas características de sua posição comum". Vem desse autor, que tanto destacou o papel dos intelectuais na esfera pública, estímulo para a abordagem do pensamento como concepção de mundo de grupos que mantêm interesses específicos e são capazes de compartilhar palavras. Nota-se a elevação do pensamento à qualidade de um sistema inteligível quando em interação ininterrupta com outros sistemas. Antecipo que a linguagem é um desses sistemas.

Mas, se as concepções de mundo se negam à unidade ao se apresentarem tão múltiplas quanto são os homens, cabe perguntar sobre as simetrias entre o pensar e o agir. Para desnudar contrastes entre pensamento e ação a etnografia tem se provado recurso de valor. A etnografia permite fixação nos elos históricos de elaboração do pensamento em concomitância com os contextos culturais, econômicos e políticos da ação social.

Pensamento e pensamento social em saúde são essas as questões fundamentais consagradas nesse capítulo. O que pretendo significar com o uso da expressão *pensamento social em saúde*, bem como quais as suas características, potencialidades e disposições testemunham meus propósitos introdutórios.

Pensamento, linguagem e realidade

Como tantas outras, a palavra "pensamento" se presta a uma multiplicidade de significados. Face seu comportamento polissêmico pode estar conectado a: opinião; crença; reflexão; aptidão para formular conceitos; processo mental que se concentra nas idéias; mente; intelecto; espírito; elaboração cognitiva; resultado ou produto do ato de pensar, entre outros significados que entretemos ao consultar o verbete em dicionários disponíveis. Ele situa um complexo que pode ser resumido numa palavra: não há pensamento independente dos pensantes. Nesse excesso que lhe é próprio, pensamento pode ser alvo de exegeses semântica, histórica, conceitual e etnográfica, entre outras. Por outro lado, pensamento, como se pretende aqui tratar, distancia-se do solilóquio singular do sujeito pensante, a endofasia. Tomar o pensamento como a

atividade daquele que permanece atado aos limites de sua fala interior nada resulta para os fins aqui estabelecidos. A questão está em compreender o pensamento como contendo um conteúdo intencional, um conjunto de representações, imagens, intuições e expressões e cujo propósito é levar os homens ao saber (Mora, 1975, verbete pensamento).

No campo da psicologia desde muito foi forjada a identidade ou fusão entre pensamento e fala, como se o pensamento fora *"fala menos som"* (Vygotsky, 1993: 02). Assim, destituiu-se de sentido estabelecer relações entre ambos. Encontrava-se abortada a possibilidade de conhecimento do caráter global do pensamento. Posteriormente, a fala e o pensamento foram considerados processos absolutamente independentes: o pensamento sendo uma coisa e a fala completamente outra. A linguagem, portanto, veio a figurar como invólucro do pensamento, sua forma externalizada. A dissociação extrema proposta entre pensamento e linguagem estimulou seu estudo em separado, inviabilizando a reflexão inteligente sobre a vinculação entre fala e pensamento - negligência culposa para futuros avanços. Neste ponto, o resgate do caráter interativo entre pensamento e linguagem foi mérito de Vygotsky.

Mediante a introdução do método de análise semântico ele concluiu: "(...) *é no significado da palavra que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal"* (Vygotsky,1993:04), ou seja, o significado da palavra é simultaneamente pensamento e fala, o fio que os ata. Segundo a análise semântica proposta por Vygotsky o pensamento verbal é captado por intermédio do significado da palavra, mutável em razão dos intercâmbios do homem. À linguagem foi conferido papel de destaque prestigioso quando se percebeu sua influência sobre o pensamento: a palavra transforma o pensamento assim como esse transforma a palavra. A palavra é em mutação posto estar disposta num mundo de homens que com suas trocas passam a tê-la como unidade fundamental da sociabilidade.

Mas, se Vygotsky buscava dotar a linguagem de um caráter evolutivo histórico, contestando firmemente seus predecessores, ele o fez acomodando seu ponto de vista nos estreitamentos da filogenética e ontogenética. Não hesitou em afirmar que o significado das palavras evolui segundo o desenvolvimento infantil e de acordo com as várias formas pelas quais o pensamento funciona (1993.:108). A teoria se viu minguada quando conformada a limites essencialmente biologicistas e despreocupada com a ampliação do quadro referencial explicativo para a evolução histórica do pensamento. Aliás, essa é das mais corriqueiras críticas que se pode

fazer às contribuições da psicologia aos estudos do pensamento: o equívoco em produzir explicações oriundas de modelos simplificados construídos a partir de um único ponto de vista. Mas, resultados de pesquisa vinculam-se a interesses específicos e, quanto a esse ponto, a psicologia produziu compreensões formidáveis sobre os processos que articulam pensamento e fala em sua mecânica. O problema fundamental da psicologia é explicar o que ocorre nas mentes humanas quando se utiliza a linguagem com o propósito de significar algo.

Porém se aquele era o problema da psicologia, poder-se-ia dizer que o que animou o princípio da sociologia como ciência é uma outra vertente investigativa: atinar sobre a dimensão social do pensamento dela derivando explicações para sua origem e persistência. Entendê-lo a partir de universos sociais diversificados, realidades concretas expressas em grupos locais de pessoas em ação foi um problema posterior para a sociologia. Quem pensa são homens distintos de meros aglomerados de moléculas de carbono, hidrogênio, oxigênio, nitrogênio, enxofre e fósforo. São seres sociais situados e não subtraídos da dimensão temporal. Mas essa foi uma questão posterior para a sociologia, ao menos daquela pensada por Durkheim.

O pensamento lógico é compartilhado no âmbito das representações coletivas. A amplitude social do pensamento, com suas maneiras individuais subordinadas às coletivas, destaca-lhe a grande trivialidade: a causa do pensamento é a sociedade. São essas máximas enunciadas por Durkheim bastante conhecidas do público.

"*A matéria do pensamento lógico é feita de conceitos*", diz Durkheim (1995:172). O conceito, cada qual expresso por uma palavra, participa de um sistema, o sistema de conceitos que, ao final, nada mais é senão o vocabulário da nossa língua materna. Assim, de posse de um sistema de conceitos o homem pensa a vida. O pensamento, portanto, tem sua oportunidade de realização por intermédio das palavras, da linguagem elaborada e partilhada coletivamente. Tratam-se os conceitos (ou as palavras) de representações essencialmente coletivas e, por conseguinte, impessoais; daí sua estabilidade no tempo. Da linguagem o autor destaca o caráter relativamente imutável. Sua transformação se daria sempre muito lentamente porque remonta às formas institucionalizadas e universalizáveis das representações coletivas. Assim, toda inovação na linguagem e, por extensão, no pensamento representaria um certo tipo de violência às maneiras institucionalizadas de pensar. Durkheim (1995:174) defende a tese que: "(...) *só os acontecimentos de uma suficiente gravidade são capazes de afetar as bases mentais de uma*

sociedade". Porque tudo o que pertence ao domínio do coletivo é, por ele, ressaltado como cristalizado ao limite e, portanto, muito pouco ou quase nada sensível a abalos.

Ocupado em estabelecer a participação da sociedade na gênese do pensamento conceitual, o funcionalismo estrutural de Durkheim é hábil em explicar os nexos entre o pensamento e a linguagem, a persistência do pensamento na sociedade. Contudo, inviável para introduzir dinamismo ao pensamento. Sua teoria paralisa a transformação do pensamento, ao mesmo tempo em que praticamente neutraliza a participação dos intelectuais na formulação de pensamentos de nova ordem por motivo tanto de limitação quantitativa quanto de possíveis incompatibilidades com o domínio coletivo. Ora, se para Durkheim "(...) *os conceitos cientificamente elaborados e criticados constituem sempre uma pequena minoria*" (Durkheim, 1995:177), carecem se por de acordo com as representações coletivas sob pena de serem negados. O novo ganha capacidade instituinte desde que se ponha de acordo com o velho: *"Inversamente falta ver que os conceitos, mesmo quando são construídos segundo todas as regras da ciência, retiram sua autoridade apenas do seu valor objetivo. Não basta que eles sejam verdadeiros para serem acreditados. Se eles não estão em harmonia com outras crenças, outras opiniões, em uma palavra, com o conjunto das representações coletivas, eles serão negados; os espíritos se lhes fecharão; seriam portanto como se não existissem..."* (Durkheim, 1995:178).

Durkheim depositou fé absoluta e incondicional na ciência. A ela e somente a ela caberia executar e dirigir a transformação e a reconstrução moral e mental da humanidade. Daí o empenho em acercar-se do homem em sua dimensão coletiva, a única capaz de engendrar explicações científicas, uma vez que ao se alterar o espírito da coletividade, as coisas deveriam ser transformadas. Essas últimas, por seu turno, reclamariam transformações dos homens (1983:XIV) enquanto coletividades porque de posse de sua amplitude individual os homens restringem-se à sua efemeridade, obstaculizando a atribuição de novos valores morais e transformativos para a conduta humana. Para Durkheim tudo o que confere valor ao humano é obra da sociedade: a individualização; a linguagem – meio de expressão da sociabilidade humana – e, mesmo a liberdade:

"Há muito tempo que Rousseau o demonstrou: se se retirar do homem tudo que lhe vem da sociedade, não resta mais que um ser reduzido às sensações, e mais ou menos indistinto

do animal. Sem a linguagem, fato social por excelência, as idéias gerais ou abstratas são praticamente impossíveis como o serão, por conseguinte, todas as funções mentais superiores. Entregue a si mesmo, o indivíduo cairia sob a dependência das forças físicas; se pôde delas escapar, libertar-se, criar uma personalidade, é porque pôde se abrigar sob uma força sui generis , força intensa, pois resulta da coligação de todas as forças individuais, mas força e moral, capaz, portanto, de neutralizar as energias ininteligentes e amorais da natureza: é a força coletiva. É possível ao teórico demonstrar que o homem tem direito à liberdade; mas, qualquer que seja o valor dessas demonstrações, o que é certo é que essa liberdade não se tornou uma realidade senão na sociedade e por seu intermédio" (Durkheim,1970:71).

Registro da vigência da sociedade na gênese e determinação do pensamento, o funcionalismo-estrutural de Durkheim recusa os estudos dos processos históricos de criação e recriação do pensamento ao situar sujeitos históricos como meros títeres atados aos fios da sociedade, sempre envoltos por uma vasta, densa e impenetrável bruma. Resta-nos, portanto, interrogar: que espécie de clarões ou que ordem de abalos são necessários para estimular alterações no universo conceitual dos homens, na linguagem compartilhada coletivamente e, por extensão, nos modos como os homens pensam e se articulam com a realidade do mundo vivido em potencialidade revolucionária ou transformativa? Que espécie de engajamentos se deve aguardar dos homens históricos reais diante das redes interconexas da realidade vivida?

Em Durkheim os fatos morais estão sempre na proa, a realidade da vida social viaja na popa, vão seria discorrer sobre o valor da atividade do pensar no sentido da elevação da condição humana. Pensamento e ação aparecem absolutizados e desconectados.

Somente mais tarde a sociologia se ocuparia, de fato, com o exame das categorias espaço e tempo, aquelas que emergem como formas fundamentais de acesso ao pensamento porque fixam uma tríade articulada que não pode ser estigmatizada nem tampouco negligenciada - *pensamento, linguagem e realidade*. Esta tríade permite uma nova e produtiva forma de inquérito ao pensamento. Seu exame representa uma das maiores contribuições da sociologia contemporânea aos estudos do pensamento porque permite localizar os intelectuais e suas atividades no processo de transformação do mundo na direção emancipatória.

A investigação filosófica se fixou na tríade *pensamento, linguagem, realidade,* legando contribuições singulares. Graças a Ludwig Wittgenstein, o filósofo que lutou contra o enfeitiçamento do intelecto e devotou-se à tarefa de elucidar as conseqüências filosóficas da lógica pensada por Frege e Russell. Homem de uma biografia marcada por sensibilidade e inteligência ímpares ele é detentor de uma obra que nos transforma. Ninguém é mais o mesmo depois de mergulhar nas profundezas da obra de Wittgenstein. Primeiramente porque se saí dela com a impressão de ser parvo e ignorante, razão da extrema dificuldade da leitura. Dificuldade reconhecida pelo próprio Wittgenstein que ao submeter o *Tractatus* como tese de doutorado disse aos membros da banca, Russel e More: "*não se preocupem, vocês jamais o entenderão*" (Glock,1998:30). Depois porque são admiráveis a audácia e liberdade intelectual com que ele enuncia questões que alardeiam no peito: "*(...) o que se pode em geral dizer, pode-se dizer claramente; e sobre aquilo que não se pode falar, deve-se calar*", com essas palavras ele explica o sentido do seu "*Tractatus Logico-Philosophicus*", a obra de referência ao primeiro Wittgenstein e a única que ele publicou durante sua vida.

Wittgenstein tornou-se recorrência para os interessados no desenvolvimento de uma teoria social do conhecimento[1]. Sua obra estimulou, a partir da década de 70, a emergência de estudos que tomam a ciência como prática. A importância de Wittgenstein para a etnografia da ciência é absolutamente inquestionável.

Foi com Wittgenstein (1984:18) que aprendemos sobre a equivalência do estudo da linguagem por sinais ao estudo dos processos do pensamento. Mediante o emprego do termo "*jogo de linguagem*" [2] ele pretendeu salientar que o falar da linguagem é parte de uma atividade ou de uma forma de vida que pode ser investigada. A linguagem encerra-se em suas multiplicidades de emprego de palavras e frases, trazendo como correlato o fato de que toda definição pode ser interpretada caso a caso, diferentemente. Por isso seria essencial elucidar a palavra por meio de outras, posto que ela perde significação quando nada lhe corresponde. Com Wittgenstein, o pensamento ganhou estatuto de assunto empírico. É no pensamento que representamos a realidade.

---

[1] Para a compreensão da contribuição de Wittgenstein aos defensores da sociologia do conhecimento científico: ver na bibliografia deste trabalho David Bloor – "*Wittgenstein, a social theory of knowledge*"

[2] A expressão no original é "*sprachspiel*", traduzida no inglês como "*language-game*".

A significação da palavra é seu uso na linguagem (Wittgenstein,1984:27-8). No *Tractatus,* publicado em 1921, temos a proposição (3)[3]: *"... a figuração lógica dos fatos é o pensamento"*, devendo-se entender que a figuração representa seu sentido; sendo a figuração um fato, estabelece-se uma vinculação entre os elementos da figuração, ao que Wittgenstein chama de *"estrutura"*. Da proposição (3) segue-se (3.02): *"... o pensamento contém a possibilidade da situação que ele pensa. O que é pensável é também possível"*. Assim, o pensamento e a linguagem aparecem como a única imagem do mundo. De acordo com Wittgenstein o que é pensável somente pode sê-lo a partir de sua ligação com outras coisas também pensáveis. Um objeto espacial não pode ser pensado fora do espaço; um objeto temporal não pode ser pensado fora do tempo. Uma vez que todo objeto está em vinculação com outros precisa ser pensado pela figuração. Decorre que a realidade possui uma forma lógica que a figuração representa. Sendo a figuração os modos pelos quais seus elementos estão uns para os outros ela se *"enlaça com a realidade"*, mas não se confunde com ela. Figuração e realidade podem ser concordantes ou discordantes; apenas o contraste entre figuração e realidade permite reconhecer a verdade ou falsidade da figuração. Tudo o que pode ser pensado pode ser figurado daí advém que a totalidade dos pensamentos verdadeiros é uma figuração do mundo. Pensamento e linguagem encontram-se no campo proposicional porque na proposição o pensamento se exprime de modo que aos seus objetos correspondam elementos do sinal proposicional, quais sejam: as palavras (3.14 e 3.2 do *Tractatus*). Vale, ainda, dizer, que a proposição não é um aglomerado ou mistura de palavras; é uma expressão.

Os pensamentos deixaram de ser realidades abstratas. Conforme a leitura de Glock (1998:26), para Wittgenstein *"os pensamentos não são entidades mentais ou abstratas, mas sim proposições, sentenças que foram projetadas sobre a realidade, podendo, portanto, ser completamente expressas na linguagem"*. A teoria de Wittgenstein, ao estabelecer a relação entre linguagem e realidade, elucidou a natureza do mundo e inseriu a linguagem no local das práticas humanas, essas de interesse antropológico. O pensamento seria um tipo de linguagem. Por convencer que o pensar é um tipo de linguagem Wittgenstein se tornou importante para cientistas

[3] Informo que tal notação, e outras de mesma natureza, referem-se às *proposições* conforme feitas por Wittgenstein no *Tractatus.* Tal obra está articulada sobre o conceito lógico das *proposições*, que tomadas no sentido de Frege, são entendidas por Wittgenstein, como símbolos complexos suscetíveis de verdade ou falsidade. (Santos, 1993:24-28).

cognitivos e neurofisiologistas (Hacker, 1994:145). Sua teoria também teve importante repercussão no conjunto de antropólogos que interessados em estudar o pensamento foram estimulados a examinar o uso das palavras.

Volto a um ponto anteriormente introduzido: a tese da possibilidade do pensável. Para o Wittgenstein do *Tractatus* o mundo aparece cerceado por fronteiras lógicas, próprias da linguagem, de um jeito tal a ver-se imobilizada a fala diante do impensável: *"(...) o que não podemos pensar não podemos pensar; portanto, tampouco podemos dizer o que não podemos pensar"* (5.61). Vou utilizar o recurso da citação e facilitar o entendimento valendo-me das rigorosas palavras de Luiz Henrique Lopes dos Santos, reconhecidamente dos mais competentes comentadores das idéias de Wittgenstein:

"... O que pode existir é o que se pode pensar. O mundo pode ser isso ou aquilo, mas seu espaço de manobra é limitado pelas fronteiras do espaço lógico. Pode-se pensar que o mundo seja isso ou aquilo, mas o espaço de manobra do pensamento é limitado pelas fronteiras da sintaxe lógica da linguagem. Essas fronteiras são as mesmas, são demarcadas pela forma essencial comum ao espaço lógico e à sintaxe lógica. Os limites da linguagem (e, portanto, do pensamento) são os limites do mundo, os limites do mundo são os limites da linguagem (...) Os limites do mundo são os limites da linguagem, a linguagem é minha linguagem, os limites do mundo são os limites de minha linguagem" (Santos,1993:103;104). Confirma-se a leitura do comentador na proposição 5.62 do *Tractatus* – *"... Que o mundo seja <u>meu</u> mundo, é o que se mostra nisso: os limites <u>da</u> (linguagem que, só ela, eu entendo) significam os limites de <u>meu</u> mundo"* (as ênfases são do autor).

Aquilo que aparentemente é expressão da mais pura verdade do idealismo é, paradoxalmente, percebida pelo filósofo como coincidência com o puro realismo em função da exclusão do sujeito metafísico que enxerga tudo de um modo único. Se tudo o que vemos ou descrevemos poderia também ser diferente <u>o eu se reduz à realidade a ele coordenada</u>. Diz Wittgenstein "*eu sou meu mundo (microcosmos)*" (5.63).

Devemos a Marx insistentes esforços para desbancar os "*mascates do pensamento*", os "*filisteus de cervejaria*"[4] que insistiam em apresentar a realidade como dependente do pensamento, enfatizando-lhe o predomínio. Os modos como Wittgenstein e Marx pensam o pensamento [5] merecem contraste.

Wittgenstein (1984:VII), aquele que certa feita escreveu a Russel: "*Minha vida está cheia dos mais odiosos e mesquinhos pensamentos (isso não é exagero). Talvez você pense que é uma perda de tempo, para mim, pensar acerca de mim mesmo; mas como posso tornar-me um lógico se não sou sequer um homem! Antes de mais nada devo tornar-me puro*", satisfazia-se com sua autonomia intelectual e raramente indicava fontes: "(...) *me é indiferente que alguém mais já tenha, antes de mim, pensado o que pensei*". Rico, doou toda sua fortuna às irmãs, renunciando à vida abastada e suas facilidades[6], passando a desempenhar atividades tais como ajudante de jardinagem, porteiro de hospital, mestre-escola de aldeia, afora seus períodos de engajamento acadêmico. Sustentou-se e viveu ao limite de nos deixar suas últimas palavras: "*Diga-lhes que eu tive uma vida maravilhosa*".

Marx, portou-se afeito às polêmicas. "São Max" e "São Bruno"[7], seus inimigos jurados, que o digam. Obrigado a recorrer à ajuda financeira de familiares ou amigos, conforme a ocasião permitia, desabafou a Engels: "*feliz de quem não tem família*" (Wheen, 2001:15-16). Mas, constituiu sua própria família com filha de um barão, Joahanna Bertha Julie Jenny Von Westphalen. À sua Jenny, aquela que pacientemente transcrevia suas idéias para o papel quando suas vistas lhe falharam, ele escreveu nos dias da juventude:

"*Eis que assomas diante de mim, grande como a vida, e eu te ergo nos braços e te beijo dos pés à cabeça, e me prostro de joelhos diante de ti e exclamo: 'senhora, eu te amo'. E amo mesmo, com um amor maior do que jamais sentiu o Mouro de Veneza (...). Qual de meus*

---

[4] Termos empregados para se referir a Bruno Bauer e Max Stirner, cf. Marx & Engels, *A Ideologia Alemã*, 1986.

[5] Adoto propositadamente a expressão pleonástica inspirada em Bourdieu que revelou Wittgenstein como seu salvador para os angustiantes momentos de sua atividade intelectual. Bourdieu (1990:21) reconhece em Wittgenstein um filósofo de socorro quando se *"trata de questionar coisas tão evidentes como obedecer a uma regra" ou quando se trata de dizer coisas tão simples ... como praticar uma prática"*.

[6] Correm especulações a respeito do repudio de Wittgenstein à sua fortuna. Há quem diga que o fez tocado pelo desejo de viver uma vida simples; há quem fale da inexistência de razões altruístas no gesto, tendo sido motivado pelo intuito de romper com o passado (Glock, 1998:28).

[7] Novamente retomo o modo como Marx e Engels se referiam a Max Stirner e Bruno Bauer, na obra já referida.

muito caluniadores e inimigos de língua viperina censurou-me, algum dia, por ser chamado a representar o principal papel romântico num teatro de segunda classe? E, no entanto, é verdade. Se os patifes tivessem alguma inteligência, teriam retratado "as relações produtivas e sociais" de um lado e, do outro, eu a teus pés. E embaixo escreveriam: 'Olhem para essa imagem e para aquela'. (Wheen, 2001:27).

Intrigante deter-se sobre essa duplicidade confessa de Marx porque se é verdade que para esse homem os indivíduos refletem o mundo em que habitam, a qual Marx se deve atribuir o vigor de seus escritos? Àquele que se beneficiara de ajudas econômicas de parentes e amigos acalentado pelo sonho de sucesso de seus projetos de editoria jornalística; àquele que se distanciara do pai em recusa às suas idéias de glorificação da Alemanha e sua monarquia ou àquele que acreditara na força das paixões, pois que foi ele próprio a escrever: *"as reformas sociais nunca são realizadas pela fraqueza dos fortes, mas sempre pela força dos fracos"?* Certamente a todos eles, por isso caberia perguntar: de onde os fracos buscariam força para transformar o mundo posto serem vítimas de contingências econômicas e sociais? A resposta por mais canhestra que parece é uma só: do mesmo lugar de onde Marx retirou a sua, pois falando a partir da sua vinculação a um meio erudito e burguês, a despeito de sua posição econômica desconfortável, verteu sua vida à tarefa de profetizar a queda da burguesia e o fim do seu Estado. Não seria a vida e obra de Marx confirmação cabal de que nem todo pensamento é ditado pela práxis material?

Se, trato de questões dessa natureza é porque acredito na importância de situar os homens em seus espaços sociais como informantes para suas obras e valores. Não se trata da tentativa de retroceder à abordagem psicogenética[8] e seu erro mais fácil de tomar biografias individuais como se fora via de excelência para o entendimento do pensamento e significados. As histórias de vida são fantásticos expedientes para o saber, desde que alinhavadas a uma situação de grupo mais inclusiva. A questão é estabelecer conjuntamente a gênese individual do significado e a gênese do contexto da vida de grupo.

[8] Entendo a pesquisa genética nos termos de Mannheim (1976) como o estilo de abordagem dos significados mediante a compreensão de sua gênese e contexto participado pela amplitude do domínio do indivíduo.

Percebo que as vidas de Marx e Wittgenstein, a forma como eles se dispõem como homens no mundo, denunciam seus modos de "pensar o pensamento" se ajustadas a seus contextos coletivos particulares. Wittgenstein planejava seus escritos independentes de qualquer cenário conceitual historicamente constituído; assim encontrava-se autorizado a reafirmar a autonomia do pensamento no mundo – o pensável possível. Marx, por sua vez, marcou por intermédio de seus debates e menções iracundos a seus predecessores e contemporâneos um interesse ávido por situar o pensamento num mundo conceitualmente definido, historicamente determinado e produzido por *"homens históricos reais"*. A linguagem aparece como algo emanado da carência da sociabilidade, natural aos homens. Homens necessitam ter habitações, comer, beber, vestir, interagir com outros. Tais necessidades ativadas condicionariam o pensamento. Formações ideológicas deveriam ser explicadas através da práxis material, o que valeria dizer que a realidade, assim como o pensamento, resume-se àquilo que existe.

Falando contra a filosofia hegeliana dominante na Alemanha, Marx ironizou sarcasticamente o "mundo das representações mentais". Daí sua jocosa observação sobre os novos filósofos alemães revolucionários que acreditavam poder dominar a força da gravidade, simplesmente mediante o artifício de pensá-la como inexistente: "*Certa vez um bravo homem imaginou que, se os homens se afogavam, era unicamente porque estavam possuídos pela idéia da gravidade. Se retirassem da cabeça tal representação (...) ficariam livres de todo o perigo do afogamento*" (Marx & Engels, 1986:18).

Ledo engano acusável, também, por Wittgenstein, pois o pensamento não impõe sua forma ao mundo. O pensamento do "bravo homem" sobre a gravidade aparece desvinculado de um espaço lógico que é o fundamento absoluto do mundo e do pensamento. O pensável possível somente se realiza dentro de um espaço lógico que o permite. Volto a lembrar que em Wittgenstein algo somente pode ser pensado a partir de contraste. A transformação dos espaços lógicos leva a transformação do pensamento e vice-versa. Eis assinalada a potencialidade histórica e transformativa do pensamento e do mundo em Wittgenstein. Mas, como situar a potencialidade transformativa do pensamento em Marx?

Marx não objetivou negar a história do pensamento. Parte de seu esforço atou-se à captação do pensamento e sua história por meio do ato de sua produção disposto num mundo real. A única ciência seria, portanto, a ciência da história devotada à elevação do comportamento

material dos homens ao ápice determinante de produção de idéias, pensamentos, representações e conceitos, ou seja, aquilo que ele entende por consciência. Todo pensamento se encontraria condicionado pelo modo de produção da vida material, mesmo porque os próprios homens o seriam.

O desenvolvimento da produção e intercâmbio material transformariam o pensar e os produtos do pensamento humano. Pensamento, desse modo, estaria destituído de autonomia no mundo. A elaboração de uma história autônoma do pensamento valeria o mesmo que o nada. Somente o desenvolvimento da produção material e seu intercâmbio poderiam transformar a realidade e a partir dessa transformação gerar mudanças no pensamento e seus produtos. Considero importante retomar as palavras de Marx & Engels (1986:37): *"A moral, a religião, a metafísica e qualquer outra ideologia, assim como as formas de consciência que a elas correspondem, perdem toda a aparência de autonomia. Não têm história, nem desenvolvimento; mas os homens, ao desenvolverem sua produção material e seu intercâmbio material, transformam também, com esta sua realidade, seu pensar e os produtos de seu pensar. Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência"*

De tal perspectiva, as idéias da classe dominante são também dominantes; submetem as idéias daqueles que não tem à sua disposição os meios de produção. Já foram celebrizadas e exaustivamente citadas as palavras de Marx & Engels (1986:72): *"Os indivíduos que constituem a classe dominante possuem, entre outras coisas, também a consciência e, por isso, pensam; na medida em que dominam como classe e determinam todo o âmbito de uma época histórica, é evidente que o façam em toda sua extensão e, conseqüentemente, entre outras coisas dominem também como pensadores, como produtores de idéias; que regulem a produção e a distribuição das idéias de seu tempo e que suas idéias sejam, por isso mesmo, as idéias dominantes da época"*.

A conclusão é que o estudo das idéias dominantes em uma época deve ser antecipado pelo reconhecimento das condições de produção e dos produtores dessas idéias inseridos nas constelações mundiais que as fundamentam. O argumento é perfeito, tornando impossível e insano negar sua atualidade.

Por conta de questões da natureza das que estão sendo aqui aventadas, ao lado de Durkheim e Wittgenstein, Marx é um dos nomes de recurso nos estudos sociais da ciência.

Outros pensadores, lembrando merecidamente Merton, são fundamentais para a sociologia do conhecimento, porém inseri-los no debate no atual momento resultaria apenas em ligeira aproximação às suas contribuições, levando-me ao risco de dilapidá-las ou violentá-las.

Mas, é com pouca flexibilidade que se pode avaliar, com Marx, a questão da transformação do pensamento, este autor explica a natureza social do conhecimento, mas pouco esclarece sobre sua dinâmica dada a preponderância atribuída às questões de ordem material. Entretanto, foi responsável por comprovar ao mundo ineditismo e liberdade do seu pensamento em meio ao mundo capitalista porque alheio e crítico às circunstâncias sociais e econômicas, notadamente de extrato burguês, que marcaram sua inserção social. Outros homens não desempenhariam papéis similares na história da subversão do pensamento? E não seria esse um objeto digno de nota?

A "*Contribuição à Crítica da Economia Política*", escrita em tom menos encarniçado, marca o encontro com um Marx menos acusativo e irado. Nesse outro trabalho, amenizando a fúria, porém não a severidade, pois que sempre muito ávido por excluir as doutrinas por ele repelidas, Marx reafirma o modo de produção da vida material como condicionante do processo de vida social, política e intelectual. Assim, apenas transformações na base econômica poderiam informar mudanças na superestrutura. Essas transformações motrizes seriam geradas no seio da sociedade.

No prefácio do seu livro "*Crítica da Razão Indolente: Contra o Desperdício da Experiência*" Boaventura de Souza Santos, com sua incomum sagacidade analítica e a mais atilada firmeza intelectual, rememora a fala de Epicarmo: "*os mortais deviam ter pensamentos mortais, não imortais*" para justificar-lhe o livro, devotado a pensamentos mortais. Na similitude entre pensamentos e paradigmas sócio-culturais Boaventura revela um dos fundamentais aspectos do pensamento: sua efemeridade. Pensamentos, assim como paradigmas, nascem desenvolvem-se e morrem. A sucessão de um pensamento a outro, assim como de um a outro paradigma dar-se-ia mediante situação tal em que o paradigma em estertor final traria em seu interior o outro que haveria de lhe suceder. Nada de ressurreições ou reencarnações, entretanto, nenhum artifício de continuidades em disfarces; apenas um movimento natural de vida e morte a se impor também entre os pensamentos. Adotar essa concepção faz reverberar uma das questões mais empolgantes

e debatidas no campo antropológico: como e para como os pensamentos se mantém e se transformam?

Sem temer a fúria dos hagiógrafos marxistas, Boaventura de Souza Santos (2000:36) contradiz Marx da Contribuição à Critica da Economia Política, aquele Marx que disse: *"(...)Uma organização social nunca desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que ela é capaz de conter; nunca relações de produção novas e superiores se lhe substituem antes que as condições materiais de existência destas relações se produzam no próprio seio da velha sociedade. É por isso que a humanidade só levanta problemas que é capaz de resolver e assim, numa observação atenta, descobrir-se-á que o próprio problema só surgiu quando as condições materiais para o resolver já existiam ou estavam, pelo menos, em vias de aparecer"* (Marx, 1983:25).

Admitindo as intenções de Marx, Boaventura de Souza Santos (op.cit:36) assegura que aquilo que faz uma época e uma sociedade mudarem é precisamente o excesso de problemas que suscitam em relação às soluções que tornam possíveis. Existiria, portanto, um ponto de saturação de problemas para além do qual mudanças seriam solicitadas e agilizadas. Problemas concretos estimulariam o pensamento criador e nesta razão, o novo pensamento se perceberia incomensurável com aquele que lhe precedeu. Fato que aponta na direção da revalorização do sujeito em seu potencial participativo e criativo por meio da recusa ao determinismo, absenteísmo, conformismo e negligência política.

As divergências são ponderáveis, mas minimizam-se diante do vulto dos projetos que os alinham, Marx e Boaventura de Souza Santos. O primeiro a devotar-se, juntamente Engels, ao convencimento cabal de que *"os filósofos se limitaram a interpretar o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-lo"* (Marx & Engels, 1986:14). O segundo, a incitar a transição paradigmática para o alcance de um *"paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente"*. Ambos se encontram na ânsia de transformação do mundo real.

Se a possibilidade de mudança do pensamento se vê articulada àquelas a serem verificadas no modo de produção e intercâmbio material, por um lado; se a possibilidade de solução de problemas se vê ajustada às condições materiais pré-existentes, por outro lado; caberia perguntar: na agenda emancipatória do pensamento qual destaque cabe aos sujeitos diante do acento determinista do materialismo histórico? Como foi possível a Marx escapar de ser refém

das contingências e circunstâncias ditadas pelo capitalismo de seu tempo a fim de produzir uma teoria da história que viaja ilesa através de tempos outros incorporada em seguidores ávidos pela revolução da sociedade?[9]

É minha intenção inserir os sujeitos na história do pensamento social em saúde no Brasil sem, contudo, negar a objetividade do mundo que os engaja como homens de ação. Ao mesmo tempo, recuso-me abordá-los como banais reprodutores de poderes constituídos ou simples epifenômenos da práxis material. Destaco, portanto minha adesão às idéias de Karl Mannheim (1976:21): "*Se, como parece ser verdade, não somos meramente condicionados pelos acontecimentos que ocorrem em nosso mundo, mas somos ao mesmo tempo um instrumento que os modela, segue-se que os objetivos da ação nunca são completamente enunciáveis e determinados até que o ato esteja terminado ou que se o relegue tão completamente a rotinas automáticas que ele não mais requeira consciência e atenção*".

Por outro lado, aprendemos com Wittgenstein que para o processo de investigação do pensamento, um exercício produtivo é começar pela interrogação das palavras usadas pelos homens. Fundamental deter-se sobre as concretudes, possibilidades e apresentações das obras dos homens. A obra, por intermédio das palavras, elucida o pensamento e nessa dinâmica disposta entre ambos tornam-se inseparáveis.

Se o pensamento é um tipo de linguagem, poderíamos dizer que o estudo do pensamento social em saúde é o estudo da linguagem conformada no campo social da saúde. Daí a justificativa para aproxima-se daqueles a quem incumbe certa fração do pensamento: os intelectuais que formalizam essa linguagem. Este trabalho não negligencia os sujeitos e suas palavras. Procuro lançar luzes sobre homens e suas obras; busco ouvir e observar intelectuais que vivem e produzem; homens de pensamentos que se impuseram desempenhar um papel profissional no campo das Ciências Sociais em Saúde.

Procuro focalizar indivíduos cuja função social específica é assimilar, acumular, preservar, reformular e disseminar a herança intelectual do grupo ao qual pertencem. Os dois intelectuais mais detidamente estudados nesta tese: Maria Cecília de Souza Minayo e Everardo Duarte Nunes são exemplos de intelectuais que elaboram questões referentes à saúde e sociedade

[9] Não pretendo com isso sublinhar a estagnação do pensamento marxista. Conforme Carlos Nelson Coutinho (2000:12), um confesso marxista, o meio que, atualmente, os marxistas têm para não serem considerados "animais em extinção" é assumir a condição de "animais em mutação".

a partir de dimensões críticas e analíticas, são possuidores de trajetórias intelectuais que os destacam como membros do campo das Ciências Sociais em Saúde. Deste ângulo de observação, a pesquisa sobre a ciência praticada por esses dois intelectuais, como quinhão ao pensamento social em saúde demanda exame de seus itinerários, posição social ocupada e palavras que utilizam. Suas histórias de vida merecem o registro e o método da história de vida é o expediente adequado para isso. Não se pode, por outro lado, esquecer os atos que lhes elucidam o pensamento e as condições sociais efetivas de emergência de suas produções em contraste com seu potencial criativo para compor produtos científicos.

A figuração dos fatos em saúde no Brasil encontra-se vinculada aos seus agentes produtores e aos locais institucionais que os abrigam. Para fazer a aproximação ao significado do pensamento social em saúde contemporâneo no Brasil é necessário examinar os elementos que concorrem para sua formação; observá-lo numa constelação que situa produtores e produtos identificáveis numa complexa rede de fatores condicionantes ou condicionados aliados à liberdade de expressão do pensamento criativo dos sujeitos. A mim me importam os homens, suas obras, seus valores, suas trajetórias, histórias de vida, biografias e engajamentos em correlação com sua inserção num grupo social. Meu parecer é de que a vida de um intelectual se inscreve na vida de um grupo que se encontra em relação com outros grupos.

Fica claro que complemento as teses de Marx com as de Jean-Paul Sartre quando defendo a autonomia e os direitos da pessoa. Vejo o homem como um ser atado às situações totalmente condicionadas – até aqui lição aprendida com Marx; mas também como um centro de indeterminação irredutível, expressa senão em outra coisa que sua liberdade, a única fonte da grandeza humana – essa a lição que Sartre (1957:22) melhor do que ninguém ensinou ao expressar o homem no qual acredita: "*Tal es el hombre que concebimos: un hombre total. Totalmente comprometido y totalmente libre. Sin embargo, es a este hombre libre al que hay que liberar, aumentando sus posibilidades de elección*".

Eis porque a figura social do intelectual, neste trabalho é tratada fora de qualquer fetiche. Insisto em focalizar os graus de autonomia intelectual com referência às organizações instituídas e as agilidades dos sujeitos no sentido da transformação do pensamento. Destituídos de autonomia, seriam nossos pensadores apenas vítimas, talvez de uma outra natureza, mas irreconhecíveis em meio ao amontoado de tantas outras que o capitalismo degenerado faz gosto

em ver proliferar juntamente com o agravamento das desigualdades sociais e dos processos de exclusão social.

Espaços e movimentos do pensamento social em saúde

A melhor introdução ao estudo do pensamento é salientar sua gênese social. Entendê-lo como informado por categorias de elaboração social: as categorias de tempo e espaço. Um conceito sociológico para o pensamento há de começar por essa constatação. Dito de forma decisiva, parece impossível conferir inteligibilidade ao pensamento sem o recurso às suas origens sociais e transformações históricas.

A atribuição de envergadura histórico-social ao pensamento permite colocar em foco um dos mais interessantes de seus aspectos: sua relação com a ação. Motivado a falar contra a tendência dominante de apartar o pensamento da ação, Mannheim (1976:32) se dedicou a depositá-lo num mundo de homens, refletindo sobre o pensamento em sua engenhosidade e atualidade em grupos sociais ajustados a empreendimentos particulares: transformar o mundo ou mantê-lo em uma dada situação, conforme eleição pautada na liberdade dos sujeitos: "*(...) a direção dessa vontade da atividade coletiva de transformar ou manter é que produz o fio orientador para a emergência de seus problemas, seus conceitos e suas formas de pensamento*". Os intelectuais, em função das diferentes situações de grupo, compõem sistemas de pensamento compatíveis, incomensuráveis ou mesmo profundamente divergentes. A incessante transformação do mundo, com sua infatigável destreza na criação de valores novos ou renovados, desintegra a unidade intelectual que multiplicada se engaja nas disputas sobre os modos legítimos de interpretação e explicação das coisas, originando diferentes tendências de pensamento.

Se o pensamento reflete regras da realidade empírica, nada mais óbvio do que se perguntar sobre suas conseqüências para a realidade vivida. O pensamento tem nele uma conseqüência analiticamente contida. Se acaso penso que posso voar, mas não tenho asas a conseqüência lógica do meu pensamento é a queda. Quais seriam, por conseguinte, as conseqüências lógicas de um pensamento em saúde para a realidade da oferta e cuidados em

saúde no Brasil? A fim de responder a questão seria importante multiplicar interesse sobre a o pensamento social em saúde no Brasil com a intenção de reconhecer suas realidades, características e potencial de elucidação ou transformação dos processos de saúde e doença.

É bem verdade que o pensamento é sempre em profusão. Desperdício de vida seria tentar falar sobre a unidade do pensamento, seja qual for ele. Mesmo porque dele se deve derivar duas diferentes ordens: seu aspecto objetivo e seu aspecto subjetivo. O primeiro advém de sua disposição num mundo de homens marcados pela temporalidade, homens que falam uma língua comum conforme a posição diferencial que o grupo que os abriga mantém com relação a outros. O segundo se revela quando se assiste a internalização do pensamento nos sujeitos históricos, consagrando uma dimensão particularizada responsável por conferir ares de potente pluralidade ao pensamento. Essas realidades, eu insisto, não se podem ignorar porque não se acessa a linguagem desconsiderando os falantes. E sem a linguagem, sem a consideração do uso das palavras não se acessa o pensamento.

Porque o pensamento não nega sua base social ele comporta implicações. Quanto a esse último ponto, hipostasio a possibilidade do pensamento de encaminhar transformações à ordem vigente. Sobre o pensamento social em saúde diria que seu poder de verbalização sobre a questão da saúde/doença, expresso por uma linguagem elaborada, formalizada e estabelecida, assim como seu potencial de reflexão ou interferência nos modos de oferta e organização da prática e dos serviços em saúde seria seu mais fundamental aspecto.

Seguir esta idéia impõe acatar um nível mais profundo de análise onde figuram construções culturais, geográficas, interesses políticos e econômicos, poderes normativos e disciplinares que encetam o jogo onde pensamento começa a fazer sentido. Pensamento, do modo como se pretende abordá-lo aqui, começa manifestar concretude e exuberância quando ajustado à matriz de referência fundamental que lhe confere significados: o mundo. O mesmo a comportar as Ciências Sociais, propriamente ditas, que com suas proposições, expedientes heurísticos e pletora de métodos constitui uma cartografia conceitual cuja legitimidade oferece salvo conduto a cientistas sociais para "*caçar em terreno alheio*" [10]. No terreno da saúde, cientistas sociais se encontram produzindo rendimentos analíticos, cognitivos, interpretativos e compreensivos quando do manejo com o elenco de problemas e conceitos do mundo da saúde. Tal processo

[10] Essa expressão pertence a Clyde Kluckhohn e foi difundida por Geertz (1997).

engendra uma linguagem, meio de comunicação entre pares e recurso para expressar um estilo de pensamento particular à comunidade de fala dos cientistas sociais da saúde.

Isso quer dizer que o acesso ao pensamento se faz pela via da linguagem. Estou partindo do princípio que os cientistas sociais que lidam com objetos do campo da saúde compõem uma comunidade de fala ao compartilharem signos lingüísticos cujos significados e valores renovam-se no curso da interação e produção intelectual. Considero "*comunidade de fala*" no sentido situado por Spolsky (1998): *"a complex interlocking network of communication whose members share knowledge about and attitudes towards language use"*. Participantes de comunidades de fala executam significados comuns a certas palavras ao mesmo tempo em que não se inibem de possibilitar novas apreensões a palavras antigas, conforme condições sociais específicas para sua produção ou reprodução se tornem atuantes. Nesse movimento de persistência e criação, os intelectuais engendrariam formas de inteligibilidade e interferência na realidade. Vale, para a ocasião, a retomada da doutrina de Condillac que estabeleceu a equivalência entre língua revolucionária e pensamento revolucionário: *"reformar a língua, expurgá-la dos usos ligados à antiga sociedade e impô-la assim purificada é o mesmo que impor um pensamento igualmente depurado e purificado"* (Bourdieu, 1998:34).

O caráter renovado da linguagem é o que se pode notar a partir do trânsito de palavras tais como saúde, doença, terapia, corpo, eficácia; para destacar algumas daquelas que manipuladas por intelectuais das Ciências Sociais em Saúde passam a portar novas amplitudes. Isso se deve ao fato da comunidade de fala não estar subtraída de interesses particulares na produção de significados nem tampouco alheias ao mundo social que funciona como gerador de estímulos a certos modos de manobrar palavras.

O idioma dos intelectuais das Ciências Sociais em Saúde serve, portanto, para explicitar-lhes o pensamento. E um dos lugares onde este idioma se expressa é em seus textos escritos. A mais factível atividade dos cientistas sociais em saúde seria a manipulação de palavras segundo critérios socialmente e subjetivamente dispostos. Nas atividades performativas para o pensamento social em saúde no Brasil encontra-se o esforço pela inserção de fatores sócio-culturais, históricos, políticos e econômicos no âmbito dos processos de saúde e doença - preocupação elementar dos intelectuais atuantes no campo das Ciências Sociais em Saúde a estimular e promover transformações nos usos convencionais de palavras. A luta em torno da

fundamentação de um discurso de autoridade para seus membros manifestarem-se de modo crítico e distintivo sobre o universo das questões vinculadas à saúde e doença, em disputa com discursos hegemônicos provenientes dos mais diferenciados *locus,* seria a marca da excelência da linguagem das Ciências Sociais em Saúde. Esta é a hipótese com a qual trabalho.

Dentre as questões básicas colocadas pelo estudo do pensamento social em saúde está a identificação de seus locais de florescimento. Quais os locais que o encerram em seus contornos, feições e diferenças tangíveis em contraste a outros? Haveria vinculação de suas características aos seus locais de proliferação?

A produção do pensamento social em saúde se dá a partir de vários campos, dentre eles estão alguns cujos nomes empregados para identificá-los são: Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Pública e Saúde Coletiva. Tais denominações não ressaltam disciplinas de natureza inconciliáveis, mas apontam para a proposta de exame de um objeto eminentemente multidisciplinar: o binômio saúde/doença em sua dimensão social. Além disso, ressalta-se, nesses vários campos, a interdisciplinaridade persistente que convoca as Ciências Sociais para a interlocução.

A questão da variedade terminológica para nomear estes campos foi abordada por Juan César Garcia, indubitavelmente um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento das Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Num jogo lúdico de perguntas e respostas envolvendo apenas a si mesmo Garcia (1985:21) se pergunta: "*Como se explica esta variedade de nomes para designar um mesmo campo do conhecimento?*" Sua resposta:

"*A variedade de nomes pressupõe, em parte, definições diferentes sobre o objeto de estudo, perspectivas distintas para abordar sua análise e correntes de pensamento divergentes por parte daqueles que participam desse campo do conhecimento. Sem dúvida, existe um certo grau de acordo sobre os temas fundamentais que abarcariam esta esfera do conhecimento: ' o estudo dos determinantes sociais da doença e dos serviços de saúde'. É a partir destes temas fundamentais que se produziria um certo consenso sobre o âmbito de um campo do conhecimento que se considera como interdisciplinar. Por isso alguns autores insistem em usar termos gerais como Medicina Social ou Saúde Coletiva, em lugar de expressões que definam*

disciplinas ou grupos de disciplinas específicas como seria o caso de Ciências Sociais em Saúde ou Sociologia Médica (...)

As manipulações terminológicas existem. Com intuito de dimensionar a questão vale lembrar o modo adotado por Canesqui (1995) para situar a Saúde Coletiva. A autora, de um jeito bastante peculiar, ao se referir à Saúde Coletiva, tem o cuidado de dizer *"Saúde Coletiva e denominações congêneres"*. Os freqüentes intercâmbios entre os termos Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Pública e Saúde Coletiva nos levam a indagar sobre a identidade desses vários campos. Questão que será discutida em outra oportunidade, meu interesse no momento é apenas assinalar a existência desse campo com denominações diversas.

Para efeito de deflagração da pesquisa é preciso deixar claro que a Saúde Coletiva vem sendo entendida como o campo de aplicação das Ciências Sociais em Saúde. Daí a importância de observar os cientistas sociais eleitos para essa pesquisa no quadro de um complexo social em correlação a outro – o da Saúde Coletiva – campo onde se encontram diversas categorias de intelectuais.

De maneira geral, intelectuais ocupados em gestar uma corrente de pensamento crítico em saúde acusam os limites contemporâneos do paradigma dominante no campo das Ciências Biológicas e salientam que à Biomedicina cumpre enfatizar o caráter biológico e social da doença, de maneira a alargar a noção de "*arte de curar*"[11]. Argumentam que ao chamar para si a posse de um objeto exclusivo definido como o *homem doente*, a Biomedicina submete-se a falhas reducionistas e ao auto-isolamento degenerativo passível de correção mediante a inserção de um viável híbrido social-biológico potente para inibir a biologização do social e a sociologização do biológico. Não é por outro motivo que para os mais lúcidos à medicina cabe a "*totalidade social*", as aspas são para Garcia (1983:98). Somente dessa maneira seria possível

[11] A palavra "medicina", deriva do verbo "*mederi*", em latim: curar, tratar, cuidar. Assim, a medicina foi primordialmente designada como ciência e arte de diagnosticar, tratar e curar doenças. Mais recentemente advoga-se a favor do alargamento da abrangência das vocações médicas em direção aos seguintes compromissos: satisfazer necessidades essenciais do ser humano; prevenir doenças; curar ou atenuar doenças; suprimir a dor; conhecer e estudar as enfermidades e regular relações entre seres humanos e suas comunidades (Hegenberg 1998:12). Como fica fácil notar, a satisfação de um tal rol de compromissos exige a cooperação e colaboração de outros campos de saber afora aqueles das Ciências da Saúde, propriamente ditas.

cumprir um compromisso essencial: elucidar como processos sociais chegam a expressar-se em processos biológicos (Laurell,1991:14).

Atualmente podemos testemunhar o sucesso da adoção das Ciências Sociais no campo da saúde. Corroborando minha percepção apresento o ponto de vista de Luiz Fernando Duarte (1997: 69):

"A área que chamamos de 'Ciências Sociais em Saúde' no Brasil vem crescendo de forma acelerada (...) o sentimento generalizado em torno desse fenômeno é o de que essa aceleração se deve à crescente percepção por dentro ou em torno da chamada Biomedicina da necessidade do reconhecimento do caráter social ou simbolicamente integrado ou entranhado dos eventos de saúde e doença – por oposição ao reino incontestado do cientificismo reificante e alienante que entre nós (na cultura ocidental moderna) já há tão longo tempo se estabelecera (e tudo isso apesar da ainda portentosa aparência de solidez da sua institucionalidade contemporânea)".

No sentido de contextualizar a percepção de Duarte vale citar o movimento social do qual participam as escolas médicas do Brasil, desde o ano de 1992: o Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional, Nacional de Avaliação do Ensino Médico), instituído em razão da crise na educação médica. No ano de 1997, a crise na formação ético-profissional em medicina foi tomada como objeto de exame por parte da CINAEM. O inquérito investigativo das aptidões cognitivas dos alunos ingressantes no internato médico de 64 escolas brasileiras para as áreas básicas do curso médico (Clínica Médica, Cirurgia, Saúde Pública, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia) comprovou uma proporção média de acertos para perguntas básicas nunca superiores a 47,38% para as respectivas áreas. Para os formandos em medicina, ou seja, aqueles que estão concluindo o internato médico, a proporção média de acertos revelou números nunca superiores a 59,55% para as já mencionadas áreas básicas de conhecimento do curso médico. Os achados da pesquisa comprovaram a precária formação profissional em medicina.

Como parte dos resultados da pesquisa, a CINAEM (1994) apontou a ênfase no modelo biomédico como entraves para a satisfação das expectativas sociais em medicina, sublinhando a humanização do saber e da prática médica como pré-requisitos para a obtenção de

formação profissional em medicina apta ao atendimento das demandas sociais em saúde. Desse modo, a incorporação de conteúdos e conhecimentos elaborados pelas Ciências Sociais, com ênfase àqueles cuja interface é a reflexão sobre o binômio saúde/doença, foram defendidos como indispensáveis nas grades curriculares dos cursos médicos. Tais fatos concederam maior visibilidade às Ciências Sociais em Saúde, implicando no revigoramento e expansão das atividades de ensino e pesquisa do campo.

Com este percurso, penso ter convencido acerca da competência da linguagem pra garantir poder na fundamentação de um pensamento em saúde. Não se trata de re-descobrir o caminho das Índias, mas apenas aplicar à realidade dos fatos a exortação de Pierre Bourdieu de que é preciso examinar a parte que cabe às palavras na construção das coisas sociais. É sempre mais confortável deixar Bourdieu (1998:81) falar por si mesmo: "*Conferindo à linguagem e, de modo mais geral, às representações, uma eficácia propriamente simbólica de construção da realidade, a teoria neokantiana é perfeitamente procedente quando se aplica ao mundo social: ao estruturar a percepção que os agentes sociais têm do mundo social, a nomeação contribui para constituir a estrutura desse mundo, de uma maneira tanto mais profunda quanto mais amplamente reconhecida (isto é, autorizada)(...)*".

Sendo assim, considero pensamento social em saúde o conjunto de conhecimentos objetivos, formalmente elaborados via linguagem, que refere à saúde e doença em suas amplas expressões e relações sociais. Um artefato fundado historicamente, marcado pela produção de saberes sobre o universo da saúde em termos de suas apresentações; características; estruturações, ofertas e qualidades assistenciais; representações sociais e práticas. São seus elaboradores agentes que se integram às instituições de ensino, pesquisa e ação que constroem relações epistêmicas, colocando a saúde no centro de suas preocupações.

Tratar da participação das Ciências Sociais em Saúde na elaboração e consolidação do pensamento social em saúde demanda o exame das condições sociais de utilização das palavras. Intelectuais que militam nesse campo agem com palavras em relação a outros sujeitos e, por intermédio de suas realizações profissionais interferem no mundo de coisas da saúde. A formalização desse ponto de vista eu o empresto de Bourdieu (1998:89): a fala concentra o capital simbólico acumulado pelo grupo que confere mandato aos seus intelectuais; sendo estes

nada mais senão procuradores do grupo do qual participam e cujos ganhos de poder de pronunciação e seus êxitos correlatos encontram-se vinculados tanto à relevância seus discursos, nos sentido da constituição de um discurso de autoridade, quanto ao conjunto das condições dos locais sociais que lhes informam e autorizam a fala.

Resta-nos reconhecer os ganhos da utilização da etnografia no sentido da inteligibilidade desse domínio de coisas. Minha abordagem tem o interesse de introduzir o leitor no mundo da etnografia e quem sabe ganhar sua simpatia por esse jeito antropológico de enxergar a vida.

CAPÍTULO 2

A ORGANIZAÇÃO DO OLHAR: APELO ÀS ETNOGRAFIAS DIALÓGICAS

Quantos antropólogos escrevem livros, teses ou artigos que são lidos, comentados ou criticados pelas pessoas que eles estudaram? Quantos etnólogos interrogam pessoas que são mais fortes, mais falantes, mais ricas e mais influentes em seu próprio mundo universitário?

Bruno Latour e Steve Woolgar (A Vida de Laboratório)

Inicialmente, gostaria de sublinhar a inexistência de um cânon para etnografia. O significado e os valores da etnografia têm sido interpretados de maneiras tão diversas que um breve excurso pela sua história serve para comprovar a inexistência de ortodoxias para a sistematização totalizante. A conversão da falta de unidade interpretativa em celebração de virtudes ocorre no plano das práticas. Originais e inovadoras monografias têm sido produzidas, alargando as possibilidades da etnografia mediante alterações e acréscimos felizes nos deveres profissionais dos etnógrafos[12]. Marcada pela pluralidade de alternativas; de convicções fundadas temporal e subjetivamente; de funções sociais bem configuradas e sólidos procedimentos e técnicas de pesquisa, a etnografia mantém-se em constante transformação.

Como saber e prática situada na história a etnografia guarda os seus retratos como relíquias que contam sua vida. No passado proliferaram etnógrafos ávidos por compor um

[12] Ilustro com alguns trabalhos que considero prova de novas etnografias: Vaughan (1996) com sua etnografia histórica, baseada em fontes documentais e entrevistas, sobre risco e desvio na NASA pela originalidade com que trata a questão da institucionalização do erro nas organizações e contribui para a certeza de que conclusões de pesquisa são decorrências imediatas dos modos de seleção de dados. Renato Rosaldo (1984) pela prática de uma nova convenção na narrativa etnográfica que permite a expressão da sensibilidade do etnógrafo, exposta no seu texto e situada em mesmo nível que outras informações prestadas. Richard Price (1983) por exercitar audaciosamente a polifonia no texto etnográfico.

inventário dos padrões culturais[13] existentes, incluída a coleção de fatos burlescos sobre o humano. Poderia-se dizer que se tratava de homens com mentalidade equivalente a de colecionadores de miniaturas etnográficas cujas atividades cumpriam a satisfação da curiosidade didática do ocidente com relação aos modos de existência de outros grupos humanos. Eram eles viajantes, exploradores, missionários ou funcionários dos serviços coloniais dos governos europeus, homens que lograram definir um campo de conhecimento e práticas que somente bem mais tarde viria a ser entendido como antropologia.

Posteriormente, a catalogação sistemática das diferenças, pelo simples gosto no seu assinalamento, deixou de ser o principal objeto de lida da antropologia, dada ampliação de suas ambições. A antropologia nasceu no bojo do colonialismo, vinculada a contextos de pesquisa tão obscuros como caçadores de cabeças, machados de pedra, linhagens africanas, costumes e crenças indígenas e assim por diante, mas calhou pretender-se "*science of man and his works*" (Linton, 1945:03) ou "*science of man*" (Kroeber, 1953) ou, ainda, estudo de todas as culturas humanas não restritivamente dos povos exóticos. A conversão de um passado ligado aos perversos esquemas de conquistas européias numa atualidade de progressos notáveis se fez possível quando, debruçada sobre si mesma, a antropologia transformou-se em crítica ao contexto original, histórico e ideológico que a possibilitou (Copans, 1971:26).

Hoje a antropologia serve a diferentes propósitos e abrange uma pluralidade de perspectivas no centro das quais se situa o interesse por investigar e sugerir mudanças políticas e sociais, pretensão não raras vezes barrada pela rigidez e abstração da academia. Brown (1985:132), compartilhando idéias infladas nos antropólogos pelos movimentos de libertação nacional antiimperialistas da década de 60, exorta os antropólogos para a tarefa de ultrapassar o tratamento da cultura somente como objeto do discurso antropológico rumo a uma metodologia que conduza à construção da cultura, de uma nova sociedade humana em substituição à cultura agora dominante. Porque cultura é a matéria da qual a antropologia é feita, antropólogos seriam sujeitos sociais privilegiados para dirigir habilidosamente os rumos da transformação das sociedades humanas. Ainda que não consensual, esse tipo de convicção mereceria contar com um maior número de adeptos, segundo meu ponto de vista. Brown tenta acabar com um dos silêncios

[13] Por "padrões culturais" entendo as ordenações presentes no comportamento coletivo que explicitam, ao pesquisador, uma lógica própria de conduta (Durham, 1984:74).

da antropologia, motivando-nos indagar em nossos solilóquios: o que é mesmo a antropologia e sua tarefa social? [14]

É verdade que os termos antropologia, etnografia e etnologia se prestam a certas intercambialidades. O termo "etnologia", por exemplo, foi cunhado por Ampere para nomear um campo científico estabelecido no século XVII, cujos compromissos orbitam ao redor de quatro noções fundamentais: oralidade, espacialidade, alteridade e inconsciência; todas elas articuladas para efeito do estudo do *outro* (Certeau, 1982:211). Consagrada, institucionalmente, como uma forma de produção de conhecimentos, antropologia social e etnologia, segundo Evans-Pritchard (1990:230), comportaram-se como sinônimos até o século XIX, somente mais tarde foram consideradas disciplinas distintas. É importante lembrar que para Evans-Pritchard etnólogo é o historiador dos povos primitivos (op.cit: 232).

Contudo, outras definições e modos de entendimento coexistem. Fato que reforça o argumento de que em antropologia o consenso é coisa rara, sendo seus avanços muito mais razão

---

[14] Insinua-se aqui uma questão importante ao antropólogo: qual seu objeto? Muitos têm se dedicado a essa questão. Como antropólogos a que nos fazemos sensíveis? À cultura ou à sociedade? Parece-me, por isso, importante revisitar o conceito de cultura, contrastando-o com de sociedade. Tais construções conceituais, instrumentos fundamentais para pensar as práticas operativas e cognitivas da antropologia, não raras vezes são empregadas como sinônimos. Kluckhohn & Kelly (1945:79) discutem alguns modos de manipulação e entendimento dos conceitos. Para alguns, "sociedade" constitui uma dimensão real, empiricamente constituída de pessoas que atuam juntas; ao passo que o termo cultura remete-se a uma amplitude abstrata porque referida a distintos modos de vida presentes nos agrupamentos humanos. Outros optam por considerar a cultura como fenômeno diretamente observável, atribuindo ao antropólogo a tarefa de registrá-la. Para esses últimos a cultura é entendida como um todo complexo que envolve artefatos, crenças, artes, enfim, todos os hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade e todos os produtos da atividade humana determinados por esses hábitos. Buscando a construção de um conceito mais ou menos consensual Kluckhohn & Kelly propuseram entender a cultura como: "*a historically derived system of explicit or implicit designs for living, wich tends to be shared by all or specially designated member of a group*" (op.cit: 98). Para Linton (1945: 10), a cultura é o modo de vida da sociedade ou uma coleção organizada de hábitos, idéias e atitudes compartilhadas pelos membros de uma sociedade. Linton (1945:08-10) reputa a etnologia como uma subciência situada no campo da antropologia cultural dedicada ao estudo e comparação de culturas. Margareth Mead (1955: 12) construiu o conceito de cultura como uma categoria abrangente e razão do ofício antropológico, conferindo-lhe a perspectiva da abstração: "*culture is an abstraction from the body of learned behaviour wich a group of people who share the same traditions transmit entire to their children, and, in part, to adult imigrants who become members of the society*". Leach (1996:79), por sua vez, ao definir-se como um antropólogo social deixa claro que seu interesse está concentrado no exame da **estrutura social da sociedade**. Alinhando-se a Firth (1951), rejeita a homologia entre os conceitos de cultura e sociedade, bem como a conceituação da antropologia cultural americana (da qual Mead é uma figura prestigiosa) e, em acréscimo, propõe o entendimento da cultura como: "*a forma, a roupagem da situação social*", a qual não seria necessariamente coincidente com as fronteiras significativas dos sistemas sociais, desde que se tenha em conta que culturas significativamente diferentes podem compartilhar um mesmo sistema social, tal como ocorre entre os Kachin e seus vizinhos Chans. Enfim, cultura, sociedade, estrutura social são instrumentos do trabalho antropológico nunca insulares, mas sempre em comunicação com outros enquadramentos firmados conforme a adesão a distintos interesses, compromissos e escolas de pensamento, caudatários dos modos como é concebido o objeto e os problemas mais mediatos do trabalho de campo antropológico.

do refinamento do debate que da concordância entre seus praticantes (Geertz, 1978:39). Copans (1971:18), por exemplo, alega que o termo "*etnologia*" data de 1787 com Chavannes, e "*etnografia*" com Balbi, em 1826, sendo que nos fins do século XIX eram consideradas fases complementares de uma mesma pesquisa. Vejamos: *"A etnologia (Chavannes, 1787) é primeiramente um ramo da filosofia da história e depois análise das características raciais. A etnografia é mais recente (Balbi, 1826) e designa a classificação dos grupos humanos a partir de suas características lingüísticas. Apenas nos fins do século XIX as duas disciplinas se apresentam como fases complementares de um mesmo projeto: coleta de documentos e descrição (etnografia), e depois síntese comparativa".* As idéias de Copans articulam-se às contribuições de Lévi-Strauss.

Na tentativa de estabelecer os nexos entre antropologia, etnografia e etnologia, Lévi-Strauss, num artigo originalmente publicado sob título *"Histoire et ethnology"*, em 1949, elaborou definições merecedoras de comentários: *"A etnografia consiste na observação e análise de grupos humanos considerados em sua particularidade (freqüentemente escolhidos, por razões teóricas e práticas, mas que não se prendem de modo algum à natureza da pesquisa, entre aqueles que mais diferem do nosso), e visando à reconstituição tão fiel quanto possível da vida de cada um deles; ao passo que a etnologia utiliza, de modo comparativo (e com finalidades que será preciso determinar em seguida) os documentos apresentados pelo etnógrafo. Com estas definições, a etnografia toma o mesmo sentido em todos os países; e a etnologia corresponde aproximadamente ao que se entende, nos países anglo-saxões (onde o termo etnologia está em desuso), por antropologia social e cultural (...)"* (Lévi-Strauss, 1975:14).

A etnografia figuraria como fase anterior ou etapa necessária ao conhecimento etnológico ou antropológico (Lévi-Strauss, 1975:323). Seu objetivo seria a produção de um relato sobre um povo, sociedade ou cultura particular, fundado na observação empírica, coleta de dados e documentos. Estaria constrangida a construção de um texto pormenorizado sobre uma unidade de agrupamento social. A antropologia, por sua vez, consagrada ao exercício da integração das mais vastas unidades possíveis com vistas a oferecer conclusões comparativas e explicativas universalmente válidas sobre o humano, tomaria as etnografias como matéria prima para a constituição do conhecimento almejado. Numa palavra: o objetivo da etnologia seria analisar e interpretar as diferenças (Lévi-Strauss,1975:28). Coerentemente, o mesmo sentido é situado para antropologia anos depois em seu muito conhecido *"A crise moderna da antropologia": "(...)*

Ora, enquanto as maneiras de ser ou de agir de certos homens forem problemas para outros homens haverá lugar para uma reflexão sobre essas diferenças, que de forma sempre renovada, continuará a ser o domínio da antropologia" (Lévi-Strauss, 1962:26). Esses são os convencimentos de um dos mais notáveis expoentes da antropologia social, um cérebro brilhante ardentemente convicto da missão de encarar o homem em sua totalidade. Considerando a antropologia como um "*humanismo sem restrições e sem limites*" (Lévi-Strauss,1962:20), Lévi-Strauss dotou-a de uma responsabilidade sem precedentes – descobrir verdades fundamentais sobre a natureza humana[15].

A etnografia consolidava-se como atividade de observação, pautada no trabalho de campo, com redução dos méritos interpretativos. Esse retrato da etnografia mantém impostergável atualidade. Por isso, Caldeira (1988:135), partindo da perspectiva straussiana, define: *"etnografia como o texto resultante da pesquisa de campo sobre uma cultura, e antropologia como disciplina mais ampla onde a etnografia se insere junto com outros tipos de estudo e análise"*. Contudo, há quem entenda a etnografia como antropologia social ou cultural (Gerholm & Hannerz, 1982:22).

Para Clifford Geertz (1978:15) a compreensão da antropologia social como forma de conhecimento pede de antemão o reconhecimento do que é a etnografia como prática, porque como ele afirma: *"(...) se você quer compreender o que é a ciência, você deve olhar, em primeiro lugar, não para as suas teorias ou as suas descobertas, e certamente não para o que os seus apologistas dizem sobre ela; você deve ver o que os praticantes da ciência fazem. Em antropologia ou, de qualquer forma, em antropologia social, o que os praticantes fazem é etnografia"*. Fazer antropologia seria igual a fazer etnografia, devendo-se compreendê-la como uma descrição densa, uma escrita e uma interpretação. Assim, Geertz ilumina a face pouco reconhecida da etnografia, a interpretativa, transformando-se no maior inspirador da chamada *antropologia interpretativa*[16].

---

[15] Edmund Leach (1970:09) comentou que os antropólogos se dividem em dois grupos, conforme expressam suas idéias. Teríamos os que objetivam atingir o humano em sua plena magnitude, procurando desvendar verdades fundamentais sobre a natureza humana, falar sobre suas constâncias, as chamadas "universais culturais". Em contraparte, outros arrefecidos por contar as diferenças entre culturas tidas como únicas e incomensuráveis. Frazer tipificaria o primeiro grupo; Malinowski, o segundo. Lévi-Strauss seria um antropólogo social na tradição de Frazer.

[16] Segundo Da Matta (1992), o viés interpretativo ou hermenêutico, emergente no âmbito da antropologia cultural norte-americana, instaurou-se como reação aos "estruturalismos" que dominaram as Ciências Sociais, em geral, ou a Antropologia, em particular.

Caricaturado como um aprimorado observador de bermudas cáqui, apela-se ao etnógrafo para que proceda feito Hermes cumprindo requisitos para criação de boas atmosferas de trabalho quando se veste de competente tradutor de mundos de significados. Mas como fazê-lo? Seria a boa etnografia mais profissão de fé que profissão, mais questão de vocação do que técnica e treinamento?

O enfoque sobre os modos de compor estratégias para a construção de fiéis e exatos relatos etnográficos tem culminado na conclusão de que não há regras de ouro para começar um trabalho antropológico. Pessimismos, negatividades e redução do horizonte de alternativas da antropologia têm sido as conseqüências destas conclusões pouco estimulantes. É assim que Peirano (1992:39) vestida de tais certezas diz: "*não há como ensinar a fazer pesquisa de campo. Esta é uma conclusão a que muitos chegaram não só os professores bem intencionados como estudantes interessados, mas atônitos. A experiência de campo depende, entre outras coisas da biografia do pesquisador, das opções teóricas dentro da disciplina, do contexto sócio-histórico mais amplo e, não menos, das imprevisíveis situações que configuram o dia-a dia- no local da pesquisa, entre pesquisador e pesquisados.*" A autora aponta questões de ordem pessoal e os imponderáveis do encontro etnográfico como convidados de primeira fila inibindo a possibilidade de êxito no ensino do trabalho de campo.

Certamente, a subjetividade não é estranha às nossas atividades e exercícios de subjetividade em excesso convertem a escrita etnográfica numa retórica literária que leva qualquer um ao fastio, isso é bem verdade. Contudo, não é caso partir para o pessimismo fazendo da subjetividade ou dos imponderáveis do encontro etnográfico desestímulo para o ensino da pesquisa de campo. Todos somos conscientes do peso da subjetividade e seus desempenhos; ninguém pretende dizer o contrário, mas daí a colocá-la no altar das expiações como responsável por impedir o ensino do fazer antropológico, é uma outra coisa. Eu me alinho a Otávio Velho (1995:106):

"Eu acho que existe entre os antropólogos um certo ethos do cultivo da espontaneidade do fazer antropológico que é muito romântico. A antropologia não se ensina, antropologia só se faz. De vez em quando um aluno mais desavisado pergunta: 'mas não há uma cadeira de métodos e técnicas? E há um muxoxo por parte dos veteranos no sentido de que 'esse está por fora'. A antropologia não tem métodos e técnicas, a antropologia é uma coisa que entra

pelos poros, uma coisa espontânea, uma coisa que tem a ver com esse grande contato fundamental com o campo ou com os nossos interlocutores, ou enfim com o grupo social que estamos estudando. Isso aí, eu diria, é um dos problemas com os quais os antropólogos têm que se preocupar"

Impecáveis conclusões porque denunciam os excessos de espontaneidade presentes em nossa disciplina e revida aos que insistem em ver o trabalho de campo como a atividade atávica que inibe objetivações didáticas. Quando o interesse é a busca de novas alternativas é importante não desprezar a tradição da disciplina que comporta contribuições de cunho objetivo.

Desde a primeira publicação do *"Notes and Queries on Anthropology"*, em 1874, questões de técnicas e processos determinados são tomados como vias para definir o que vem a ser etnografia. Neste famoso volume se dispõe um conjunto de regras e etiquetas cuja função seria orientar atividades para o sucesso dos neófitos em suas primeiras incursões ao campo. Recomenda-se ao pesquisador deixar-se conduzir pelas condições locais e pelas suas próprias competências, fixar insistentemente o foco de sua investigação, elaborar perguntas produtivas isentas de impregnações tendenciosas, nunca negligenciar afirmações voluntárias, incorporar perspectivas investigativas as mais ampliadas possíveis, manter um diário com registro das informações obtidas mediante observação e inquéritos verbais, selecionar adequadamente informantes, checar a veracidade dos relatos coletados mediante contraste com revelações feitas por outros informantes, manter o uso de palavras nativas sem equivalentes na língua do pesquisador e, sobretudo, ocupar-se da criação de uma atmosfera de trabalho afável entre o investigador e os investigados. (*Notes and Queries*, 1929:17-44). Seriam essas as orientações introdutórias para garantir a produção de conhecimentos sobre distintos modos de pensamento e ação. Recomendações que, concomitantemente, definem a tradicional prática etnográfica e sua objetividade.

Estas regras guardam surpreendente atualidade, assinalam-se, contudo, os ímpetos que têm recebido no transcorrer dos tempos. Malinowski, por exemplo, no seu ensaio *"The Problem of Meaning in Primitive Language"*, cuja primeira publicação data de 1923, manifestou-se sobre o universo de termos nativos intraduzíveis, palavras sem correspondentes reais na língua do pesquisador cuja aproximação aos significados se faria apenas mediante a outorga de equivalentes verbais imaginários. Exigiria-se do etnógrafo a explicação do significado de cada

um dos termos nativos através de um relato etnográfico extenso a fim de descreve as mais vastas totalidades sociais, organizativas e psicológicas, entre outras amplitudes, que ordenam a vida e são cobertas pelo trabalho de campo (Malinowski, 1948:231-234).

Como modo de ação social, instrumento do pensamento e da comunicação de pensamentos, a linguagem, para Malinowski, encontra-se essencialmente enraizada na realidade da cultura, na vida e nos costumes não podendo ser explicada por abstração aos contextos mais amplos da elocução verbal, ou seja, por aquilo que ele define como "*context of situation*", as condições gerais sob as quais a linguagem é pronunciada; inclusos os laços recíprocos de estímulos, interesses, ambições, respostas e apelos emocionais.

A etnografia aprendeu com Malinowski a prevenir-se contra as artimanhas da linguagem hipócrita, aquela que expressa o que não se pensa e, tampouco, o que se faz. "*Crimen y Costumbre en la Sociedad Salvaje*" é especialmente devotado a essa tarefa. Mediante a exortação da observação etnográfica dos fatos concretos e dados precisos em substituição à obstinação pela busca de causas recônditas aos fenômenos, tão em voga na antropologia, Malinowski situou os focos do olhar etnográfico: fala e ação. A afirmação discursiva não existe como dado situado no mais alto grau, porque é preciso conciliá-lo a um outro de excelência inconteste – o mundo das ações. Cabe observar concomitantemente o que as pessoas falam e o que fazem, alternativa elementar capaz de desvendar as imposturas da linguagem hipócrita.

Gerações de etnógrafos foram influenciadas pelas idéias de Malinowski porque ele anunciou a primordial e iniludível tarefa da etnografia: trafegar significados de um mundo a outro com auxílio do relato detalhado da cultura na qual os significados estão imersos. A etnografia requer o desnudamento de polaridades assentes e presentes, como aquelas entre o dito e o silenciado; a compatibilidade entre a afirmação verbal e os comportamentos observados; a ação pronunciada e seu reverso no vazio, enfim, questões que remetem à natureza das evidências e seus modos de checagem.

Abordar o método etnográfico via Malinowski tem o sabor de retorno a coisas que não se perdem em meio às vogas instáveis. O reconhecimento que a referência às palavras e frases não pode ser determinada sem o conhecimento preliminar dos seus contextos de uso estimula, para o caso da etnografia da ciência, o deciframento do significado principal do pensamento através da ponderação sobre as experiências da vida cotidiana e não prioritariamente pelo acesso aos livros, ainda que seus valores devam ser atentamente considerados. Com Malinowski a

etnografia legitimou seu estatuto para a pesquisa sobre o pensamento, justificando meu interesse nos seus rigores num trabalho que focaliza a prática e os produtos científicos de cientistas sociais da saúde, considerados pela sua participação na construção do pensamento social em saúde no Brasil.

Enquanto as ancestrais regras do método etnográfico para a coleta de informações e dados continuam vigentes uma coisa está mudando substancialmente: as regras referentes à escrita etnográfica e às concepções quanto ao caráter do trabalho de campo. A reflexão sobre novas convenções narrativas e sobre o trabalho de campo, especialmente no que respeita à relação entre sujeito e objeto, tem originado um volume de etnografias caracterizadas pela fabricação de um texto de tipo novo.

Estas novas etnografias não têm conseguido obter consenso em torno da nomeação, de modo que têm sido chamadas de: *"etnografias dialógicas", "etnografias experimentais"; "etnografias interpretativas", "etnografias pós-interpretativas", ou ainda, "etnografias interpretativistas*. Lembrando, ainda, a imposição de rótulo como recurso para a crítica como é o caso de "*etnografias pós-modernistas*", termo que passa agora a ser mais assumido pelos defensores da nova prática.

As razões do uso de diferentes denominações devem-se muito mais à ênfase que seus praticantes desejam conceder, na prática, a alguns de seus aspectos do que à existência de profundas contradições entre elas. Ou seja, há nuances que seus praticantes pretendem destacar ao eleger as diferentes denominações. Por isso, não se pode dizer que constituam práticas que impeçam a abordagem em conjunto. Efetivamente, o que une tais etnografias, independentemente dos termos adotados para nomeá-las, é a preocupação epistemológica e prática com o trabalho de campo, com o modo pelo qual são construídas as interpretações e como são textualmente representados como discurso objetivo sobre o *outro* os resultados obtidos a partir do encontro etnográfico (Marcus & Cushman, 1982:25). Convido o leitor a deter-se, juntamente comigo, nesse mais recente retrato da etnografia.

Na antropologia social a preocupação com o papel da linguagem como pré-condição de continuidade e aprendizado social tem uma história longa. Desde Malinowski, como vimos, a linguagem passou a figurar como dimensão central para as etnografias, ocupadas como são, com a questão da tradução de significados culturais. Considerava-se que a linguagem é veiculada pelos homens sem que estejam, necessariamente, conscientes de sua estrutura, assim como ocorre

com a cultura. Partindo dessa idéia, a metáfora *"a cultura é como a linguagem"* tornou-se freqüente na antropologia, fato que explica o grande fascínio e influência que lingüística moderna exerceu na nossa disciplina.

Contudo, a utilização do termo *"tradução cultural"* para expressar a tarefa distintiva da etnografia não data de Malinowski, nem tampouco da antropologia estrutural de Lévi-Strauss, a despeito de sua grande afinidade com a lingüística de Saussure. Em certo momento, cultura passou a ser concebida como texto e a tarefa da antropologia sua tradução ou a descoberta dos códigos que permitem sua leitura. De *"a cultura é como a linguagem"* para *"a cultura é um texto"*, apenas um passo foi dado.

Devemos a Clifford Geertz a popularização da metáfora da cultura como texto (Marcus & Fischer, 1986:26). A partir desta perspectiva, o etnógrafo se transforma em intérprete cultural ao fazer a leitura dos significados dos símbolos em ação, de atividades sociais, das relações entre sujeitos etc como se foram textos. Tais idéias fizeram fortuna entre os praticantes das novas etnografias.

A questão das nuances etnográficas, ainda a pouco referida, vem à tona ao observamos que Geertz, notório e reconhecido praticante de "antropologia interpretativa", defende a distância entre o intérprete e o objeto de interpretação para efeito de alcance dos propósitos etnográficos. Em contraste, Marcus e Fischer (1986:29), valorizando a leitura da cultura como se fora um texto, consideram a metáfora do diálogo e não a da distância como aquela que melhor capta os sentidos da interpretação. Para alguns o fato valeria para referi-los como praticantes de "etnografias pós-interpretativas", porém Marcus e Fischer optam pela expressão "etnografias experimentais". Segundo estes autores, o diálogo seria a forma privilegiada pela qual os antropólogos deveriam se engajar em ativo processo comunicativo com outra cultura. Ao comportar uma dimensão interna e outra externa, o diálogo envolveria tanto o processo de comunicação dentro de uma cultura quanto a troca comunicativa externa que justifica a etnografia quando o interesse é divulgar seus resultados ao público.

Na verdade, não é uma premissa universalmente aceita pela comunidade antropológica a obrigatoriedade de uma distância mínima entre observador e observados para efeito de garantia da objetividade da pesquisa. Gilberto Velho (1978:36) comentou questão: *"Uma das mais tradicionais premissas das ciências sociais é a necessidade de uma distância mínima que garanta ao investigador condições de objetividade em seu trabalho. (...) Sem dúvida*

essas premissas ou dogmas não são partilhados por toda comunidade acadêmica. A noção que existe um envolvimento inevitável com o objeto de estudo e que isto não constitui um defeito ou imperfeição já foi clara e precisamente enunciada".

O diálogo encontra-se na base do ofício etnográfico e independentemente do grau de proximidade que exista entre o par sujeito-objeto é o expediente empregado para atribuir nexo ao trabalho antropológico e referendar as experiências positivas de alteridade. Por essa, entre outras questões, as novas etnografias contam com minha simpatia. Do meu ponto de vista, nos dias de hoje, é fundamental repensar a relação sujeito e objeto dentro das etiquetas do trabalho de campo e dedicar-se à questão de como essas relações devem ser textualmente apresentadas. Por isso, a despeito das diversas terminologias que tem sido empregadas para expressar ou ironizar as novas etnografias, particularmente, opto por "*etnografia dialógica*", a fim de marcar a centralidade do diálogo como expediente privilegiado para alcançar a compreensão do "outro". Assumo a antropologia dialógica como a de minha defesa e mais adiante se terão mais claros os motivos da minha posição.

Mas desde logo é bom reconhecer que a metáfora do diálogo quando utilizada de forma simplista é responsável pela obnubilação dos objetivos da pesquisa, resultando num tipo de escrita excessivamente confessional. Tudo se passa como se bastasse incorporar representações autênticas da experiência de campo para o etnógrafo legitimar integralmente seu trabalho.

Falemos da outra metáfora para referir as incumbências da etnografia - tradução. Conforme Asad (1986:142), tivemos com Godfrey Lienhardt, em 1954, a primeira utilização sistemática da noção de "*tradução*" para descrever as incumbências da antropologia social: traduzir modos de pensamento. O emprego da metáfora da tradução no contexto do ofício antropológico foi duramente criticado por Hastrup (1987:296) com base em argumentos vivenciados. Quando o antropólogo parte para um espaço diferente do seu, diz Hastrup, ele passa a tomar parte da definição desse espaço. Tradução, por sua vez, pressupõe mundos completamente separados o que não tipificaria o caso da realidade antropológica, uma criação intersubjetiva cujos significados seriam construídos conjuntamente pelos sujeitos da pesquisa e antropólogo, desfeitas como passam a estar as fronteiras entre ambos. Do encontro etnográfico emergiria um terceiro mundo, o mundo da antropologia, distinto dos outros dois que existiam antes dele e marcado pela dissolução da oposição do par sujeito-objeto (Hastrup, 1987: 295; 298).

Daí a inviabilidade da metáfora da tradução que, diga-se de passagem, representaria a imposição da nossa própria lógica provincial sobre o pensamento do *outro*, um sujeito retratado como distante do nosso mundo social de significados.

Esta recente forma de compreender a relação sujeito-objeto ao enfatizar o desmantelamento de oposições tão tenazmente arraigadas na história da nossa disciplina, encoraja aproximação do antropólogo a objetos antes vetados, alargando as possibilidades de seus estudos. Não se trata de buscar apenas o diferente, incomum, inóspito, exótico ou objetos com os quais o antropólogo guarda ponderáveis distâncias. A distância geográfica deixa de ser entendida como o mais fantástico expediente para produzir o estranhamento e garantir alteridade. Os próprios pares, o familiar, o comum, tudo pode ser convertido em objetos de estudo, desde que o antropólogo esteja consciente que deve produzir refinamentos epistemológico, metodológico e conceitual a fim de lidar com tais objetos. A meta-etnografia; os estudos antropológicos da comunidade antropológica se vêem assim legitimados e multiplicados. Além disso, a desintegração da distância e oposição sujeito-objeto ao inaugurar novas bases epistemológicas para a antropologia estimula a concretização dos estudos etnográficos da ciência.

A etnografia da ciência, sem sombra de dúvida, é favorecida e enriquecida por tais posturas porque ela liberta das ortodoxias engessantes. Para a antropologia dialógica, um antropólogo observando e interrogando profissionalmente cientistas nos laboratórios, antropólogos nos seus departamentos, pessoas que ele conhece ou espaços institucionais por onde transita ou é membro efetivo não é uma aberração acusável porque revela um sujeito que perdeu de vista o compromisso com o estranhamento e objetividade.

Do meu ponto de vista, os estudos sociais da ciência efetuados pelos parâmetros das etnografias dialógicas não produzem "*etneurógrafos coatos*"[17], intelectuais que se impedem à realização de pesquisas em nome da conservação do tradicional exotismo dos objetos de pesquisa etnográfica ou da defesa da manutenção da experiência radical da alteridade como dimensão sagrada da antropologia. Os novos etnógrafos sentem-se livres para conduzir estudos movidos por outros fascínios que não o diferente por si mesmo. Assim, as etnografias dialógicas autorizam

[17] Permitam-me o neologismo em alusão ao *neurótico coacto*, descrito por Freud como aquele que se auto-determina proibições.

ao etnógrafo uma experiência de alteridade menos radical uma vez que pesquisador e pesquisados podem tomar parte de mesmos mundos de significado.

Os adeptos e simpatizantes da antropologia dialógica consideram a relação sujeito-objeto em termos de espaço e tempo, ou seja, com tendo início e fim numa escala de tempo. Daí a ênfase no diálogo como modo de objetivação de conhecimentos. A fusão de horizontes com a correlata criação de um terceiro mundo, aquele da antropologia, onde devem prevalecer relações intersubjetivamente equilibradas, torna-se um ideal a ser perseguido.

Mas o que seria esse mundo da antropologia? Hastrup (1987:294), alinhada ao grupo dos defensores das etnografias dialógicas ou experimentais, mas sem prestar-lhes a completa vassalagem fere os dogmas do clã ao afirmar que a concentração sobre o problema da textualidade pode obscurecer o fato que a realidade antropológica nada tem a ver com a possível inadequação da representação textual. A realidade antropológica é enfaticamente ligada à vida e não ao texto; a realidade não é análoga à apresentação textual, diz ela. O mundo da antropologia seria mediado, sobretudo, pela experiência do trabalho de campo e pelas experiências que vivenciamos no nosso próprio mundo. Em resumo, o terceiro mundo que emerge do encontro etnográfico traz concentrado em si o domínio das experiências: aquelas que dizem respeito ao etnógrafo e aquelas emergentes do trabalho de campo. O mundo da antropologia não se encontra, portanto, mediado pelo texto e sim por vidas e experiências.

Texto tem sido utilizado como metáfora para etnografia e vice-versa. A intenção que anda nessa direção é acentuar a importância da apresentação textual das etnografias uma vez que esta é definida como relato que resulta de um trabalho de campo prévio (Marcus & Cushman, 1982:27). Nesse sentido, a leitura do "texto" deveria ser realizada através de um movimento de consideração de contexto e conteúdo e o texto tratado como um todo, salientando-se que a ação sendo análoga à interpretação textual busca sua inteligibilidade na referência a um contexto maior: o mundo cultural (Rabinow & Sullivan,1979: 12-13).

Pelo menos duas posições fundamentam um debate sobre a construção do texto etnográfico. Há os que consideram que a melhoria na escrita etnográfica demanda não apenas reconsideração das regras e etiquetas da escrita antropológica, mas da prática da antropologia como um todo (Spencer,1989:146). Na direção oposta, estão os que interrogam até que ponto as transformações das convenções da escrita etnográfica poderiam impor transformações nos objetivos das etnografias tradicionais. Em resumo, são posições contrárias: uma pede pela

transformação da prática antropológica para a partir daí se obter as pretendidas transformações do texto; a outra pensa a possibilidade de transformação da antropologia mediante a deflagração da alteração da escrita etnográfica.

Como contribuição ao debate, Fernandez (1985:25) argumenta que a questão da textualização mostra apenas parte da verdade sobre aquilo que antropólogos fazem. A principal observação feita diz respeito à ênfase acadêmica que a metáfora do texto consagra à antropologia, uma disciplina, de acordo com seu ponto de vista, coloquial em primeira instância e não acadêmica: "... *antropology is in the academy but not of it*" (op.cit: 21). Ele pensa que a invariância, verdade e distância que conformam o mundo acadêmico seriam incompatíveis com o variável e volúvel mundo do discurso no qual a antropologia opera.

O argumento de Fernandez é perfeito. Sua justificativa controversa. É verdade que antropólogos fazem bem mais que escrever. É certo que a originalidade extensa ou a profunda mudança na escrita etnográfica não assegura transformação da prática e dos objetivos da etnografia. A etnografia é um projeto amplo, portanto, não restrito à observação e descrição, é também enunciação, interpretação e escrita. Um aparelho exegético das diferenças ou semelhanças apreendidas sob rigores microscópicos a recapitular os sentidos do pesquisador a serviço da hermenêutica do *outro*. É um discurso destinado a dizer o *outro*. Dessa perspectiva toda etnografia, seja ela realista ou dialógica, é guiada por uma estrutura narrativa implícita. Ela é sempre uma história que o etnógrafo conta para seu leitor sobre as pessoas que ele estudou. Há quem diga, e eu concordo com eles, que essas histórias não podem ser confundidas com a existência concreta ou fatos reais porque são, antes de tudo, representações insuficientes para abarcar a totalidade dos fatos porque, afinal, a experiência não cabe no discurso: "*(...) life experience is richer than discourse*" (Bruner, 1986:143).

Controverso em Fernandez é a negação da estruturação acadêmica à antropologia. George Stocking, Jr (1983:04) argumenta que a antropologia permanece uma disciplina essencialmente acadêmica, ainda que tenha havido crescimento nas opções de emprego não acadêmicas. A antropologia guarda um sólido vinculo acadêmico, seus efeitos são coisas para se pensar. Particularmente, considero que a obstinação teórica, não pouco usual na tradição acadêmica e presente na antropologia, impõe limitações no potencial de nossa disciplina, inibindo a conclusão das suas tarefas políticas no sentido da orquestração de mudanças sociais – missão moral que a antropologia não tem cumprido plenamente. Além do mais, a utilização da razão fria,

que caracteriza o campo acadêmico, nunca foi a chave de todas as horas para a verdade. A intersubjetividade não é impar com a produção de fatos científicos.

Durante muito tempo predominou e ainda permanece na antropologia, um pavor desmesurado pela possibilidade de sua justaposição à literatura. Atitude de neutralidade com isenção de sentimentos e emoções orientaram a construção de uma narrativa onde o autor não existia, mas apenas o discurso ou a citação do *outro* transcrita através da fala dominante do pesquisador. O etnógrafo não tinha voz no texto que produzia, objetividade seria o serviço que deveria prestar à ciência. Condutas que devem ser creditadas a persecução de uma intencionalidade racional de parte das ciências sociais em imitação às ciências naturais, tidas como máximos de exatidão, solidez e veracidade. As ciências sociais pretenderam se constituir como espécie de ciência natural da sociedade, abraçando a razão fria, a razão arrogante de ser o legítimo meio de conhecimento, em renúncia a cultura de sentimentos peculiar ao campo literário (Lepenies, 1996: 24).

A reação ao exercício da razão fria nas narrativas etnográficas é feita pelo grupo de antropólogos que faz a crítica ao modelo etnográfico tradicional ou realista. Estes mesmos aos quais venho me referindo, também identificados como meta- etnógrafos[18]. Homens que fizeram da etnografia ela própria objeto de estudos, estimulando o debate em torno das estratégias e convenções narrativas de escrita dos textos etnográficos. A partir de suas reflexões, assumiu-se que destinar as experiências do etnógrafo à vastidão do mundo na qualidade de um neutro observador com minuciosas habilidades descritivas não representa e nunca representou maior possibilidade de obtenção de êxitos ou salvaguarda contra subjetivismos. A subjetividade está e sempre esteve presente nos relatos etnográficos, mesmo nas mais clássicas monografias produzidas ao sabor do encontro colonial, fato que não serviu para demover a antropologia de suas tenacidades.

Etnógrafos críticos aos modos de apresentação das etnografias modernistas ou realistas, manifestando preocupação com estilos de construção de texto e autoridade textual, defendem o diálogo como forma de conhecimento e a intrusão calculada no autor no texto. A

[18] A expressão "meta-etnógrafos" tem sido utilizada para identificar esse conjunto de antropólogos a fim de evitar a imposição de rótulos, mesmo porque os autores que se inserem nessa categorização se posicionam contra a idéia de um gênero ou escola. Clifford, 1983; Marcus & Cushman, 1982; Crapanzano, 1986; Dwyer, 1979, entre outros, tipificam esse conjunto de antropólogos mais freqüentemente reputados como pós-modernistas, defensores das etnografias experimentais, dialógicas ou auto-reflexivas.

presença narrativa é defendida como recurso de sustentação de argumentos, um modo de estabelecer a autoridade do etnógrafo. Não se trata de omitir as vicissitudes, os meandros da convivência e outras questões referentes ao trabalho de campo, mas ao contrário, de explicitá-las ao leitor se assim for de interesse. Experiências de campo passam ser lidas como imagem organizacional de uma análise que é fundamentalmente sobre o "outro". Há interesse pela representação do trabalho de campo no texto final uma vez que é considerada retórica básica da autoridade que legitima tudo aquilo que é dito e afirmado sobre o "*outro*". Outras seriam: a escrita em primeira pessoa e a narrativa das histórias de convívio harmônico[19] no campo.

Paralelamente, o etnógrafo parece mais consciente do papel que desempenha na construção do presente das culturas que ele optou por pensar como uma história que conta para os seus leitores. A partir daí, assume-se, sem melindres, que o pesquisador define o que constitui os dados e assuntos de seus relatos; que a ele cabe construir o presente que estuda do mesmo modo que ao historiador cabe reconstituir o passado ao qual persegue. De outra parte, admite-se a influência da subjetividade no processo de seleção de informantes, freqüentemente escolhidos em função de critérios de compatibilidade compartilhados (Bruner, 1986:151). Etnógrafos elegem seus informantes prediletos da mesma forma que estes selecionam seus antropólogos favoritos[20]. Por detrás da aparente afinidade eletiva encontram-se as tentativas para compor um terreno comum para prováveis entendimentos a forçar o etnográfo e seus sujeitos a refletir sobre suas próprias afirmações e preconcepções (Spencer, 1989:155). Um dialogar contínuo que está na base do ato interpretativo ou da preocupação hermenêutica.

Porém, a etnografia não é puro subjetivismo e nem simples intuicionismo (Rabinow & Sullivan,1979:12). Como ofício da construção e interpretação do outro (Jacobson, 1991) a etnografia se instaura como uma prática discursiva localizável cujos resultados não estão despidos das subjetividades impressas pela posição ocupada pelo autor num mundo definido ideológica e historicamente (Kapferer, 1989). Conforme Bruner (1986:146), nenhum etnógrafo é

---

[19] Isso é uma coisa complicada. Desconheço etnografias que relatam o desenvolvimento de relações hostis com os sujeitos da pesquisa e todos sabemos que relações absolutamente harmônicas constituem um ideal difícil para o gênero humano.

[20] Sinto-me tentada a confidenciar ao leitor um episódio ocorrido quando de minha estadia profissional como antropóloga da CPI-Acre junto aos índios Kulina. Em certa ocasião fui abordada por um dos meus intérpretes que me perguntou curioso: - "*Quantos livros você tem publicado?*". Respondi-lhe brevemente: - *"Nenhum"*. Uma expressão de desagrado veio ocupar o seu rosto, balançando a cabeça ele prontamente retrucou: - *"Nenhum? A outra antropóloga que esteve por aqui tinha um monte"*. Eu deixava, portanto, de ser a antropóloga favorita.

completamente inocente, nós começamos nossas pesquisas com uma narrativa em nossas cabeças que estrutura nossas observações iniciais no campo. A coragem para confessar nossas verdades em público tem sido novidade para a antropologia e tem causado um rebuliço considerável.

Uma outra ousadia é praticada quando o etnógrafo se expõe no texto, registrando suas dúvidas, problemas enfrentados, processos de tomada de decisões, desilusões, sentimentos e interpretações como se fora apenas mais um entre os vários produtores de interpretações, incluindo seus informantes e leitores. A intenção não é deixar-se sucumbir à subjetividade nem à "poética do coração", mas tão só estabelecer na escrita etnográfica a plurivocalidade através da reprodução de vozes, dentre as quais está a do próprio autor.

Há nisso ruptura com a noção de autoridade monológica e dominante do antropólogo, típica das etnografias clássicas. Ganha ascendência nas novas etnografias a intersubjetividade das falas, a polifonia instaurada mediante a reprodução dos enunciados e perspectivas de um número o mais vasto possível de sujeitos. A heteroglossa é o ideal utópico dessas etnografias denominadas dialógicas. De acordo com Strathern (1987:267), heteroglossa é a utopia de esforço plural que concede a colaboradores o status de autores da etnografia. Para James Clifford (1988:23) a consideração da heteroglossa faz reconhecer que as diversas linguagens, dos pesquisados e do autor, não se excluem, mas se interseccionam de diferentes modos, inexistindo um plano no qual umas possam ser justapostas a outras. A heteroglossa denuncia a ilegitimidade na substituição de uma linguagem por outra, ainda que essa outra seja a do antropólogo. Os novos etnógrafos estão cientes da importância do enriquecimento do debate político e epistemológico sobre escrita e representação do outro (Clifford, 1988:23).

Para os defensores da etnografia dialógica, nossos informantes são co-autores das histórias que narramos porque partilham suas histórias conosco. A postura abre um novo estilo etnográfico no qual interação, negociação e troca entre etnógrafo e informantes são reconhecidas, valorizadas e destacadas na escrita. A relação sujeito-objeto, nesse sentido, toma a forma de um processo dialético em substituição à absoluta distinção que as etnografias tradicionais insistiam em nela ver. De tal modo, a consciência do pesquisador é dimensionada como parte da realidade que ele focaliza. A intersubjetividade é inaugurada no texto com novo estatuto; e o trabalho de campo considerado um modo intersubjetivo de objetivação

Mantendo um ângulo de observação montado no diálogo, consideram-se as falas condicionadas pelo encontro cultural e nega-se a objetificação dos informantes. Valorizam-se

estudos que contemplam a experiência de vida do etnográfo que capacita ou inibe tipos específicos de abordagens e "insight"[21]. Mais franca e honesta diante de características inegáveis do ofício antropológico, a nova postura repercute na escrita etnográfica e multiplica os objetos ao alcance do etnógrafo.

Para James Clifford (1986:107), aquilo que nossos informantes nos dizem não são "*verdades culturais*", são respostas circunstanciais mediadas pela presença e questionamentos do etnógrafo. Cultura, desse modo, não é uma entidade empírica, é uma implicação analítica estruturada pelo encontro etnográfico[22]. Isso levanta a discussão sobre os modos pelos quais os pesquisadores constroem sua relação com a realidade estudada e interpretam o papel que devem desempenhar como agentes de representação. Admite-se que o observador não está de fora do mundo que relata; o observador faz parte da foto (Woolgar, 1988).

O presente etnográfico é resgatado como instância discursiva que permite preservar a realidade do encontro etnográfico. Conforme Marcus (1991:206) o retorno do presente etnográfico representa um desafio na construção de um novo contexto temporal em contraposição àquele que foi dominante nas etnografias clássicas ou realistas. A fórmula altera-se do "*isso foi o que eu vi*" para "*isso foi o que atualmente eu ouvi*". Toda conclusão é provisória. Toda enunciação pronunciada por informantes autorizados não é vista como definitiva nem como expressão de "*verdades culturais*" cristalizadas, mas resultado da interação dialógica entre pesquisador e pesquisados ou conseqüência do encontro cultural. Hastrup (1990:45) eleva a importância do presente etnográfico, dizendo: "*As I see it, it is a necessary construction of time, because only the ethnographic present preserves the reality of anthropological knowledge*".

---

[21] O trabalho de Rosaldo: "Grief and a Headhunter's Rage" é uma amostra de etnografia centrada no autor, beneficiada pela experiência de vida que ele detém. Após a morte da sua esposa, Rosaldo foi capaz de um "insight", anteriormente impossível e responsável por reorientar seu trabalho. Trata-se de uma etnografia sensível, segundo meu ponto de vista. Quem é o sujeito que escreve sobre aquilo que um outro fala? Quem fala, para quem fala e sobre o que fala são sentidos ponderáveis às narrativas e aos quais Rosaldo concede atenção. Particularmente recomendo esse trabalho por seu brilhantismo, honestidade discursiva e aclaramento de importantes dimensões da relação sujeito-objeto, as quais por longo tempo foram equivocadamente desperdiçadas em favor da noção de estranhamento, tão cara ao estilo etnográfico que vem perdendo lugar no mundo contemporâneo.

[22] Vale registrar o entendimento de Clifford (1981:542) acerca da etnografia: " *The term ethnography as I am using it here is evidently something different from the empirical research technique of a human science that in France was called "ethnology", in England "social" and in America "cultural anthropology. I am referring to a more general cultural predisposition which cuts through modern anthropological science and which it shares with modern art and writing. The ethnographic label suggests here a characteristic attitude of participant observation among the artifacts of a defamiliarized cultural reality."*

Diante disso, a principal tarefa da etnografia torna-se produzir a tradução culturalmente compartilhada de distintos modos de vida (Marcus & Cushman, 1982:34). Vai aí a mais expressiva ruptura com as etnografias tradicionais ou realistas, desde que recordemos as prescrições de Margareth Mead, tão clássicas quanto rígidas: "*o pesquisador de campo não se encontra no campo para falar mas para ouvir, nem para expressar idéias próprias e complicadas que turvarão e distorcerão os depoimentos dos nativos*" (apud Tedlock, 1986:195). Para os defensores das etnografias dialógicas ou experimentais a relação observador/observado na qualidade de relação dialógica constitui a base do oficio etnográfico. Dados etnográficos seriam constituídos pela experiência dialógica e escrita, mediados concomitantemente pelas trocas efetivadas entre os etnógrafos e os seus objetos de estudo e as conclusões feitas nos termos da representação formulada sobre as pessoas, cultura ou sociedade, bem como pelo impacto do encontro cultural na subjetividade do etnógrafo.

As idiossincrasias das experiências etnográficas individuais repercutem na escrita, de maneira inevitável. É preciso aceitar este fato. O autor encontra-se implicado no processo de construção etnográfica. Mas não só ele, o leitor também, porque este último fixa o foco de para quem se fala. O leitor está unido ao diálogo etnográfico.

Estabelece-se, portanto, uma tríade dialógica: observados-autor-leitores, cabendo ao segundo polo fazer a intermediação entre os dois outros por meio de competências profissionais. Mas, nada é tão fácil como pode parecer de relance, por isso me pergunto juntamente com Peirano (1986:263): "*(...) quem é o leitor? Quem é este terceiro elemento do diálogo etnográfico (...)*". Somente é possível a construção etnográfica aprimorada quando os leitores são membros do nosso clã? Uma etnografia escrita para leigos é ainda antropologia? Como compartilhar argumentos com nossos leitores sem levar a pecha da prática de eruditismo, academicismo ou de boneco de ventríloquo que fala a língua de uma comunidade fechada? Não seria exatamente a prática do diálogo, como constante ativação das intersubjetividades envolvidas no horizonte de nossas atividades nosso melhor parâmetro para propor uma unidade sintética entre as teorias e as técnicas antropológica mais palatável aos nossos leitores?

Toda etnografia contém um argumento que nada mais é senão o modo como etnógrafo organiza o problema formulado, as interpretações e as evidências expressas nos dados que traz a tona ou conforme as palavras de Jacobson (1991:02): "*Ethnographic arguments consist of claims (conclusions, assertions, propositions, explanations, interpretations) about peoples' behavior (or*

about culture or society) and data (ground, facts) that constitute evidence for or against them. An ethnography has a point of view, and includes and excludes data in terms of their relevance to that point of view". Por isso, a leitura de uma etnografia deve começar pela identificação do argumento que ela comporta em contraste com os dados que o sustentam.

Os ataques ao estilo etnográfico dialógico ou experimental não são raros e tampouco amenos. Diz-se que seus defensores mais falam sobre o que a essa etnografia deveria ser do que a exercitam na prática. Argumenta-se que a expressão da sensibilidade do autor não pode funcionar como prova para autenticidade para seus relatos, repreensão de Paul Roth (1989), que percebeu que o sentimentalismo impregnou negativamente as etnografias, lágrimas têm sido utilizadas para preencher o espaço entre o *eu* e o *outro*, como se ao se expor em seu texto o autor ganhasse automaticamente autoridade para expor o *outro*.

Roberto Da Matta (1992:51-52) foi veemente em dizer: *"o traço enervante das antropologias pós-modernas, inspiradas na descoberta de que afinal de contas a subjetividade e a história permeiam efetivamente tudo o que fazemos, é a sua relativa incapacidade – a despeito dos rebuscados esforços de Clifford Geertz – de se debruçarem sobre a sociedade, a cultura e o sistema de valores dos pesquisadores que as tem produzido (...) continuam fugindo do estudo da nossa própria sociedade como o diabo da cruz"* E vai mais fundo ao afirmar: "*Temos assim uma curiosa situação: enquanto uma nova antropologia interpretativa é, no melhor estilo americano, agressivamente apresentada como denúncia do autoritarismo dos modelos tradicionais, insistindo na superação das etnografia monológicas por um dialogismo carnavalizador e polifônico, inspirado na obra de Bakthin, onde pesquisador e pesquisado trocam de lugar, os trabalhos dessa escola continuam tratando de fenômenos exóticos, onde a presença do autor é fundamental para sua discussão".* (com direito a ênfases minhas).

Marisa Peirano, praticando impiedade crítica para com o que ela chama de "*modismo atual*", registrou sua insatisfação pelo entusiasmo que a antropologia dialógica promove entre os estudantes que tendem a correr irrefletidos e acríticos para abraçá-la esquecidos que, abrirei aspas para Peirano (1992:39), "*o treinamento metodológico antropológico em antropologia se faz melhor quando acoplado às monografias clássicas ou, o que dá no mesmo, quando derivado dos cursos teóricos".*

Uma preocupação intensa com a boa formação profissional em antropologia existe em Peirano. Assim, afirma a impossibilidade de ensinar fazer boa pesquisa de campo graças às

notas subjetivas desse projeto, conforme dito anteriormente. Porém, a autora reage contra os defensores da antropologia dialógica, reflexiva ou experimental quando questionam a pesquisa de campo como prática, afirmando que a subjetividade e a história permeiam todo o fazer antropológico. Uma evidente contradição, uma vez que a antropóloga, ela própria, excedeu a porção da subjetividade presente em nossa disciplina para além do que fazem os defensores das etnografias dialógicas ao tomá-la como responsável pela impossibilidade do ensino da antropologia como prática.

Levando em conta as críticas de Da Matta ou Peirano, a mim me fica a impressão que se trata de criticar o novo pelo fato de ser novo, um modismo que deve ser abatido no ninho. Peirano faz uma leitura cruel do grupo dos antropólogos defensores da antropologia dialógica. Seu interesse não é a crítica de contribuição, mas de destruição. Tudo de passa, como se os defensores desta tendência fossem pragas em disseminação porque ousam questionar o trabalho de campo em seus aspectos morais, políticos e epistemológicos, propondo o diálogo e a negociação de pontos de vista como via oportuna para a produção de conhecimentos. Ou ainda, sujeitos que seduzem os neófitos na disciplina, aqueles que "*ainda nem se iniciaram propriamente na disciplina*", para ser fiel às palavras de Peirano (1992:42).

Isso levanta um problema sério que deveria ser considerado na educação em Ciências Sociais. Peirano comenta que os estudantes tendem a aderir à nova tendência com entusiasmo acrítico, rejeitando os clássicos como amostras de um ultrapassado realismo etnográfico negligente quanto a dimensão existencial do encontro etnográfico. Mas porque eles o fazem é coisa para se pensar. Não é comum às pessoas aderirem a tendências desqualificadas de valores. Por isso considero importante não desestimular o exercício de novas práticas etnográficas e sim estimular a manutenção de posturas críticas diante delas, ao invés de descartá-las de saída simplesmente.

Posteriormente, Peirano (1999:226) fez contribuições que podem ser revertidas em benefício das antropologias dialógicas quando reconhecendo a alteridade como noção fundante da antropologia – "*sem a qual a disciplina não se reconhece a si própria*", acatou que mudanças substantivas estão em processo no contexto da alteridade, de maneira que atualmente registram-se situações de pesquisa nas quais a alteridade é exercitada numa extensão que vai da alteridade radical a alteridades amenizadas e mínimas, conforme os objetos eleitos têm sido ampliados para

comportar não apenas a dimensão do exótico, mas também situações de pesquisa onde a alteridade é mínima.

De todo modo, Peirano (1999) argumenta que é impossível antropologia sem alteridade e ninguém discorda disso. Merleau-Ponty (1984:369) foi especialmente feliz em captar essa dimensão de nosso ofício: "*A etnologia não é uma especificidade definida por um objeto particular – as sociedades 'primitivas' – é a maneira de pensar que se impõe quando o objeto é 'outro' e que exige nossa própria transformação*". A experiência de estar diante do "outro" seja ele um zande ou um membro da nossa própria comunidade cientifica comporta exercícios de alteridade. Um bom expediente para comprovar a produtividade da prática da alteridade é a constatação na simetria dos diálogos mantidos. Quando dois indivíduos são capazes de reconhecerem-se como análogos e deflagrar diálogos e negociações tendentes ao equilíbrio, comprova-se o bom exercício de alteridade.

Comentários céticos quanto ao valor do diálogo como alternativa de produtividade etnográfica são vazios. Posturas críticas seriam mais bem vindas se incorporassem preocupações com respeito ao potencial de uso que se pode fazer do diálogo a fim de que prove relevância para o fazer antropológico sem transformar-se em panacéia ou produtor de excessos intoleráveis. A má vontade e a mordacidade dos opositores fica clara na piadinha que gostam de reproduzir para desqualificar os méritos na nova tendência: "*O pesquisador chega ao campo e depois de muito conversar com o nativo, este pergunta: - Agora que já falamos duas horas sobre você, será que podemos falar um pouco sobre mim?*" (Peirano, 1992:42).

Peirano defende que a melhor postura ao ensinar fazer antropologia é dirigir os alunos para a leitura de *teoria antropológica*, deixando claro que a leitura de "*meros trechos de monografias não bastam*" porque é preciso que o estudante mergulhe profundamente na busca dos elementos teórico-metodológicos que os estilos etnográficos contém. Seriam indicações perfeitas se não fossem tendenciosas, uma vez que aos neófitos caberia apenas reprisar os estilos passados, buscar a tradição e as monografias clássicas, sem deixarem-se seduzir pelas novas tendências. E enquanto isto persiste, continua-se a acusar as antropologias dialógicas de mais falar do que fazer.

A etnografia da ciência, como uma nova tendência, exige praticantes aptos ao diálogo. Sujeitos dispostos a manter com seus objetos um tipo de relação que implica em compartilhar conhecimentos, perguntar, apresentar dados e informações, ouvir com atenção, respeitar pontos

de vistas distintos e retrucar quando for o caso, isso porque o objetivo dos estudos sociais da ciência é produzir conhecimentos sobre a atividade científica, ou em outras palavras, fazer afirmações sobre os atos humanos que envolvem a produção de conhecimento científico (Woolgar, 1988:18). E nesse caso não se pode esquecer que e o pesquisador é ele mesmo um cientista. O desvendamento da ciência, de suas práticas e produtos pedem por investigadores que façam de suas experiências de vida elementos favorecedores para a compreensão das comunidades científicas que estudam, etnógrafos aptos por manter ativo o diálogo. A antropologia dialógica revela-se um estilo de valores para a etnografia da ciência.

Não dá para fazer etnografia da ciência considerando os membros dos espaços institucionais da ciência como "objetos etnográficos" em situações culturais e históricas que os colocam de fora da possibilidade de compreender o caráter, dimensões e objetivos do tipo de pesquisa que os etnógrafos conduzem. Neste caso, os informantes estão em posições privilegiadas para o diálogo com o etnógrafo, desde é claro que este último não se comporte dificultando o equilíbrio dialógico.

Se o diálogo encontra-se na pauta da etnografia da ciência, atenção deve ser posta nos aspectos formalizados da etnografia, justamente aqueles que possibilitem interpretação congruente aos dados obtidos pela pesquisa. Se etnografar é saber ver, dialogar e escrever; tais sentidos devem exceder o índex do subjetivismo. Para tanto é preciso contar com a fixação obstinada numa problemática, a adoção de uma perspectiva sociológica que situe a dimensão política da vida social, a compilação de dados eloqüentes e uma sólida base argumentativa pautada em fundamentos teóricos e empíricos como alguns dos expedientes que podem salvaguardar o pesquisador contra a profusão do sentimentalismo estéril e seus torvelinhos que certamente nenhum de nós deseja ver proliferar nas etnografias. Estas preocupações não estão excluídas do horizonte das antropologias dialógicas.

Neste sentido, não se trata de opor etnografias realistas e dialógicas como estilos inconciliáveis, ambas provam seus respectivos valores diante dos objetos das quais se incumbem. As etnografias dialógicas não descartam aspectos formalizados pela tradição que resultaram em experiências importantes na disciplina, acúmulos que serviram para pensar estratégias para o trato com novos objetos.

Caldeira (1988) observa que na prática da etnografia pós-modernista a polifonia acaba sendo mal representada e a pretendida presença do autor no seu texto obscurecida. O exemplo

utilizado para a crítica é *"Waiting"* de Crapanzano. Tudo se passa como se o autor não conseguisse se situar em meio a heteroglossa. Por isso para Caldeira (1988:151), a possibilidade da presença do autor no seu texto deveria se dar mediante o exercício de uma postura crítica capaz de articulá-lo no jogo de forças que define a pesquisa, marcando sua relatividade e existência em meio a uma multidão de vozes.

É preciso admitir que a perfeição da relação dialógica etnógrafo/informantes que caracterizaria o encontro etnográfico, tal como observam os teóricos das etnografias dialógicas, é um ideal a ser buscado. Contudo, a descrença que institui – *é impossível dizer aquilo que os outros são porque o discurso legítimo é auto-referencial e ocasional* – conforma-se como questão delicada. É certo que estamos sempre no campo das interpretações. O máximo que podemos fazer é lidar com interpretações e interpretações de interpretações (Geertz, 1978:19; Rabinow & Sullivan,1979:06). Contudo, ao salientar a centralidade do encontro cultural como meio de produção de um saber sobre o *outro,* estimula-se, simultaneamente, a crença que o acesso às subjetividades alheias somente se faz possível com o advento de um pesquisador dotado da qualidade de um humano exacerbado. Quanto a esse assunto gostaria de fazer minhas as palavras de Geertz (1997:106):

"Em suma, é possível relatar subjetividades alheias sem recorrer a pretensas capacidades extraordinárias para obliterar o próprio ego e para entender os sentimentos de outros seres humanos. Possuir e desenvolver capacidades normais para essas atividades é, obviamente, essencial se temos esperança de conseguir que as pessoas tolerem nossa intrusão em suas vidas ou de que nos aceitem como seres com quem vale a pena conversar. Não estou em hipótese alguma, defendendo a falta de sensibilidade, e espero não ter dado essa impressão. Mas seja qual for nossa compreensão – correta ou semicorreta – daquilo que nossos informantes, por assim dizer, realmente são, esta não depende de que tenhamos, nós mesmos, a experiência ou a sensação de estar sendo aceitos, pois esta sensação tem que ver com nossa própria biografia, não com a deles".

Acredito na possibilidade de produção de conhecimentos sólidos a partir das mais diferentes situações de afinidades entre o par sujeito-objeto, incluindo as de extrema empatia até outras marcadas por antipatias. Quem seria insano a dizer que Malinowski não logrou o

conhecimento dos trobriandeses? Ainda assim, seu diário, que veio a lume após sua morte, testemunha não ter havido entre o antropólogo e os trobriandeses o mais aprimorado ideal de empatia. O oposto também é verdade, pode-se estudar o familiar, o habitual, tendo a prática dialógica como modo intersubjetivo de objetivação.

É delicado colocar a relatividade a rodar incessantemente no domínio das relações instauradas entre o par sujeito-objeto, admitindo que tudo que nos esforçamos para conhecer equivale a momentos breves e fugidios que não representam jamais a realidade. O exacerbamento dessa ordem de relatividade impõe tamanha negatividade no horizonte de conhecimento antropológico, como se beirasse sua inutilização. E se assim fosse, como julgo que não é pautada pela minha experiência prática como etnógrafa, caberia perguntar: por que antropólogos abandonam seus mundos em direção a outro se nunca poderá ser alcançado? Um informante não tem a face de Janus e as suas duas bocas que falam uma para o antropólogo e outra para si mesmos e seus pares culturais. É possível constituir um saber sobre o outro que não se desmancha no ar do presente etnográfico.

A seriedade das críticas feitas às etnografias dialógicas ou experimentais é grande e ácida, como foi possível notar. Os modos de incorporação da dimensão dialógica nos textos etnográficos permanecem como questão polêmica. E, no entanto, não devem ser tomados como causas para desmotivações. Vão nessa direção as observações de Rabinow (1985, 1986), com as quais não deixo de concordar. É certo que novas formas de escrita, novas experiências textuais abrem novas possibilidades, mas não garantem nada (Rabinow, 1985:09). Se for verdade que o antropólogo que produz textos não pode evitar a função de autor, desde que pretenda capturar o mundo, é importante especificar sociologicamente o sujeito (quem) e o local (onde) de emanação da forma discursiva. O esforço de Rabinow é pelo enriquecimento do debate político-epistemológico sobre escrita e representação do outro, pela absorção da dimensão política na nossa prática profissional. Dessa perspectiva, a etnografia é entendida como uma prática social e histórica localizada em instituições.

O que define nossa disciplina seria o trabalho de campo, entendido como um tipo de atividade cultural distintiva e, ao final, como ciência interpretativa, à antropologia cabe o estudo da humanidade acessada através do *outro,* considerando-se a inexistência de qualquer posição privilegiada ou perspectiva absoluta e de qualquer modo autorizado de eliminar a consciência de nossas atividades ou daqueles que estudamos (Rabinow, 1977:05; 152)

Paul Rabinow (1986) visa a conciliação da etnografia com uma análise de tipo foucaultiana sobre as práticas discursivas, atenta às relações de poder que definem quais enunciados podem ser aceitos como verdadeiros em cada momento. Além disso, não se faz cego a perspectiva sociológica que incorpora o nível macro aos experimentos textuais, marcando seu descontentamento com o fato de ainda não dispormos de uma forma textual eficiente para agrupar condições mundiais e locais.

Do mesmo modo, considero que a escrita etnográfica não é somente questão de experimentação de estilo. Reconheço as limitações da apresentação textual. Não é meu interesse exilar-me da realidade refugiando-me no texto e suas palavras. Tal deslocamento situaria o texto, produzido como é por fragmentos, resíduos, bricolagens e por tantos quantos sejam os elementos heterogêneos que entram em sua composição, como algo acima da realidade injuntiva que é a vida. A obsessão pela prática textual com a correlata redução da etnografia à arte de contar histórias rouba seus nexos com a conjuntura e o real transformando-a numa prática ficcional à qual eu recuso. Fato que não implica, necessariamente, na defesa do conjunturalismo e negação do senso autorial. Não é a recusa ao autor e seus sentimentos que permitirá a antropologia esclarecer todos os enigmas do mundo, assim como o oposto também é verdade. Retomando o pensamento de Hastrup (1987), a realidade da antropologia é ligada à vida e não ao texto: *"...the reality of anthropology is not text-bound but life-bound"*.

Conforme foi adequadamente captado por Hastrup (1992:116): se a escrita é parte do ofício etnográfico, seu dilema não é literário. Novas convenções narrativas não asseguram nenhuma inovação aos objetivos das etnografias se não vierem acompanhadas por um senso agudo da realidade que deve ser buscado, em primeiro lugar, numa ontologia derivada da experiência política e da agilização de diálogos como testemunhos de objetivação de subjetividades.

A etnografia é a arte de referir o *outro,* para tanto nada melhor do que a ativação do diálogo. Falo isso pautada em minhas convicções pessoais sustentadas pela minha experiência com a pesquisa de campo. Minha defesa, como já disse, é pela antropologia dialógica e gostaria de compartilhar com meus leitores, uma pequena história que peço licença para contar.

Pessoalmente convivi com diversos grupos étnicos do nosso país na ocasião em que trabalhei como antropóloga na Comissão Pró-Índio do Acre (CPI-AC). Tive um contato mais estreito com Kampa, Kulina, Kaxinawa e Katuquina, todos moradores da minha região particular

de trabalho: o rio Envira. Os Wari'de Rondônia, objeto da minha dissertação de mestrado, de modo equivalente aos grupos étnicos acreanos, ajudaram a tecer o meu entendimento do que vem a ser o mundo antropológico, esse que emerge do encontro etnográfico. Parece evidente que a relação sujeito-objeto encontra-se crivada por assimetrias e, no entanto, percebo que todo o sucesso do empreendimento etnográfico repousa justamente na tentativa de contrabalançar oposições e estabelecer relações as mais equilibradas e simétricas possíveis, sem o prejuízo de experiências antecedentes do pesquisador. A instauração do "*dia-logos*", o falar de um lado para o outro, no sentido do par sujeito-objeto, é condição para o sucesso da pesquisa etnográfica. Exatamente nesta dimensão e não em estranhamentos e distanciamentos planejados, forçados, ensaiados e executados entre o par sujeito-objeto reside a possibilidade de se produzir a pretendida compreensão dos sujeitos que são o centro das nossas pesquisas.

Assim que cheguei aos Kampa lá encontrei uma pesquisadora norte-americana bastante queixosa por ter sido proibida pelos índios de fazer uso de gravador. Ela estava na aldeia fazia 4 meses e seu interesse era estudar as músicas Kampa, desse modo, pode-se avaliar o que uma tal restrição significava. Sabendo disto, imediatamente guardei meu gravador e me privei completamente de seu uso. Era obrigada a contorcionismos fantásticos de memória quando à noite eu acendia uma lamparina de cernambi e tentava recompor os diálogos que havia mantido durante o dia os quais também fazia questão de não registrar em escrita frente aos meus informantes. À noite eu gostava de estar entre os Kampa à beira do fogo, de conversar, rir e cantar. As músicas Kampa sendo atonais me foram de fácil aprendizado e eu logo aprendi cantar com eles. Nesses momentos as posições se invertiam, os Kampa eram os antropólogos e eu objeto das suas investigações. Perguntavam-me sobre o meu mundo e eu me esforçava para contar-lhes tudo em minúcias feitas mais inteligíveis através de exemplos e analogias. Perguntavam-me sobre tudo: sobre aviões, pontes, prédios, sorvete etc. Nunca considerei que a transmissão de tais informações pudesse turvar-lhes a visão de modo que eles não mais me pudessem falar de seus esquemas de trocas ou de cosmologia. Intrigante era que suas curiosidades eram do tamanho das minhas. Interessavam-se pelo meu mundo como eu no deles e isso não me parecia estranho posto que não me visto de Margareth Mead e não entendo que o antropólogo está em campo para ouvir e não para falar de si. O dialogar parecia-me o melhor modo de dispor-me numa terra estrangeira e lograr uma relação com pessoas capaz de resultar em conhecimentos objetivos.

Estava ainda há pouco tempo na aldeia quando meu principal intérprete traduzindo o burburinho dos que estavam reunidos à fogueira, perguntou-me:

-Tu não tem gravador? Só Hope tem?

Fiquei apreensiva em dar a resposta, mas ainda assim respondi:

- Sim, eu tenho gravador, ele está no barco.

Traduzida a minha fala para os presentes uma alegria geral veio a ter lugar.

- Então, embora lá buscar pra tu gravar nossas músicas!

Essa pequena história vale para ilustrar que, na prática, os antropólogos confrontam-se com situações que não estão indicadas em manuais. O encontro etnográfico não é resultado do exercício de regras formais, isso é certo. Mas uma regra é fundamental: quem pretende falar sobre o humano deve a si mesmo esse pré-requisito. Captar significados, símbolos em ação, sistemas de crença, rituais, modos de ação, em resumo cultura, requer dedicação às questões teóricas e metodológicas que são postas pelas realidades do fazer e saber antropológico em constante transformação e que podem ser transmitidas academicamente através de treinamento profissional. E requer também sensibilidade. A razão fria e a objetividade que estimularam a manutenção de oposições e distâncias calculadas entre o par sujeito-objeto não garantem, por si mesmas, produtividade interpretativa. O estranhamento recomendado pelas etnografias realistas que exige que o antropólogo seja absolutamente leigo no povo que vai estudar ou que seja desconhecido dos seus informantes não garante por si só a manutenção de relações dialogicamente produtivas.

Não faz sentido exigir que a etnografia praticada a luz do século XXI se renda aos preciocismos realistas de distanciamento ou continue nutrindo a crença de que só existe antropologia quando existe de alguma forma o exótico. Quando fui estudar os Wari' eu já havia lido tudo o que havia sido escrito sobre eles e isso em muito agilizou minhas perguntas e o encaminhamento de minhas relações com eles.

Porque são estas as minhas convicções, tomo como sujeitos da minha etnografia atores sociais com os quais compartilho universos de significados. Sou uma cientista social que trabalha o objeto saúde estudando cientistas sociais que contribuem para a construção do pensamento social em saúde no Brasil.

Como afirmei anteriormente, não existe um cânone para etnografia e, no entanto, a persistência do estilo etnográfico de tipo realista ou modernista ao longo da história serviu para fazer presente certas etiquetas de campo que recomendavam o prévio distanciamento entre o par sujeito-objeto. Acreditou-se que sujeitos de pesquisas deveriam ser preferencialmente desconhecidos. Roberto Da Matta (1978:28) num trabalho de divulgação das fórmulas da antropologia - *transformação do exótico em familiar e transformação do familiar em exótico* - trabalho, diga-se de passagem, de intensa veiculação nos cursos de formação em Ciências Sociais diz: *"De fato só se tem Antropologia Social quando se tem de algum modo o exótico e o exótico depende invariavelmente da distância social e a distância social tem como componente a marginalidade (relativa ou absoluta) e a marginalidade se alimenta de um sentimento de segregação e a segregação implica estar só e tudo desemboca – para comutar rapidamente essa longa cadeia – na liminaridade e no estranhamento".*

As etnografias realistas sublinham o valor do distanciamento e do estranhamento calculados como se não pertencesse ao etnógrafo o direito de levar a cabo seu ofício sem sofrimentos ou de pesquisar algo que faz parte do seu próprio mundo de significados ou com qual se encontra intimamente vinculado. Disse Lévi-Strauss (1996:53):

"Sempre se considerando humano, o etnógrafo procura conhecer e julgar o homem de um ponto de vista elevado e distante o suficiente para abstraí-lo das contingências próprias a esta sociedade ou àquela civilização. Suas condições de vida e de trabalho o isolam fisicamente de seu grupo por longos períodos; pela brutalidade das mudanças a que se expõe, ele adquire uma espécie de desarraigamento crônico: nunca mais se sentirá em casa, em lugar nenhum, permanecerá psicologicamente mutilado. Como a matemática ou a música, a etnografia é uma das raras vocações autênticas. Podemos descobri-la em nós, ainda que não nos tenha sido ensinada por ninguém".

A etnografia é vocação. Mas, alternativa para mutilação a etnografia não é. Onde um sujeito se põe à vontade pode variar muito de uns para outros, por isso não é bom se apegar em demasia aos formalismos mais estreitos que premiam pesquisas depois de aquilatar seus objetos ou sujeitos de pesquisa como aconselháveis, permitidos, reprovados ou negados. Os objetos mais aconselháveis não são os mais esquivos, que intensificam sofrimentos ou surpresas, simplesmente

pelo fato de que não existe uma hierarquia consagrada de temas ou objetos de pesquisa e tampouco de sujeitos de acesso permitido ou negado à consecução das pesquisas. As etnografias dialógicas frisam um tipo de regra de construção etnográfica que prioriza o caráter dialógico e temporal do encontro. Não há fascínio pelo exótico e tampouco nele se reconhece a verdadeira e única possibilidade de produção de conhecimentos por parte do antropólogo.

Mais que confrontar de forma belicosa os vários estilos etnográficos é bom divulgar, estimular e exercitar novas práticas. É interessante repensar na prática, sob o enfoque dialógico, os modos pelos quais se pode criar e objetificar o "outro" por meio de perguntas e observações quando ele se move num contexto de ação social que nos é bastante próximo. A cobrança por distâncias formalizadas parece alicerçada na crença que os etnógrafos põem-se a salvo de críticas massacrantes quando lida com o que está, com relação a eles e aos seus leitores, o mais distanciado possível. Todos lembramos da divertida observação rememorada por Geertz (1997:19): "(...) '*Quanto mais os antropólogos escrevem sobre os Estados Unidos (...) menos acreditamos no que dizem sobre Samoa' (...)*".

Uma das características da etnografia, seja ela qual for, é possibilitar encontros dialógicos marcados por um início e um fim na escala do tempo. E o que é mais interessante é observar que o caráter dialógico e temporal do encontro etnográfico tem sido freqüentemente mal compreendido. Lévi-Strauss é uma das vítimas desse engano, conforme notou Dwyer (1977:150):

"*When Lévi-Strauss, with some pride, describes the anthropologist as a "psychologically amputated man...cut off from his own group" he condemns himself (e many of his colleagues go willingly with him) to real Inferno, wandering "in a kind of chronic uprootedness...never can he feel himself "at home anywhere". He has accepted the self-objectification of Rimbaud's 'Je est un autre' as a state rather than as a moment, and thus perpetuates the illusion (...) that we are not, in a profound sense, 'at home' everywhere, that our praxis is not joined, in a basic way, to that of all our contemporaries, and that our discourse can expose the other without, at same time, exposing the self*".

Porque o encontro etnográfico é limitado temporalmente, a relação sujeito-objeto é marcada por um início e um término. Esta conclusão é um valioso legado das etnografias dialógicas. Com ela se reconhece que é possível abrir o encontro etnográfico com os sujeitos da

pesquisa, seja quem forem eles, para em seguida fechá-lo. Trata-se de expediente oportuno para propiciar encontros etnográficos com os mais distintos sujeitos, independentemente dos graus de proximidade que guardam com mundo de significados do pesquisador.

A escrita etnográfica implica o "dia-logos" (do grego: "falando de um para o outro"). O diálogo, como bem lembrado por Dennis Tedlock (1986:185), é o fundamento da antropologia dialógica, aquela que prima pelo conversar de um lado para o outro, um processo contínuo que, idealmente, deve se estender do campo à escrita. O diálogo, defende Tedlock, não deve ser finalizado quando o antropólogo se despede de seus informantes e toma o rumo de sua casa, mas deve perdurar na hora da escrita. A antropologia analógica, em contraponto, marcada pelo falar por sobre, nada mais é senão a substituição das afirmações feitas pelos sujeitos observados pela subjetividade do observador. Argumento que a antropologia que envolve a substituição de um discurso por outro não é produtiva para os estudos da ciência.

O estudo etnográfico do trabalho científico está irrevogavelmente comprometido com o diálogo e a fidelidade dos dados que apresenta. A interpretação e a textualidade etnográfica reconhece os sujeitos de pesquisa a partir de uma interação que não tem por função negar compartilhamentos prévios entre o par sujeito-objeto, esconder conflitos ou ocultar compatibilidades ou incompatibilidades mais miúdas que vibram incessantemente entre par dialógico, mas articular, afirmar e elaborar essas particularidades. São esses os comprometimentos que asseguram o acesso produtivo ao conhecimento.

É fato que o grupo é sempre o objeto real da etnografia. Enquanto objeto, aparece investido de conexões não óbvias que demandam as operações interpretativas da etnografia. Falo das conexões estabelecidas entre a organização da atividade social e os sistemas de pensamento que as animam. O enquadramento simultâneo do vivido e das práticas elocutórias dentro dos grupos sociais que as informam, fornece à etnografia abertura para manipular o pensamento e sua localização como um objeto possível para a investigação empírica sistemática. A vivência real do pensamento, sua textura, pulsações e repercussões encontra-se articulada aos homens.

Por isso, a fórmula de Levenson, revitalizada por Geertz (1978:271), concretiza a abordagem etnográfica ao estudo do pensamento - *"o estudo do pensamento é o estudo dos homens que pensam"* - quando esclarece a dimensão diretamente observável do pensamento. Isento de uma dimensão incorpórea, este se transforma num assunto empírico similar a outros fenômenos públicos sujeitos aos valores gerais da sociedade e às variabilidades das respostas,

formulações e reações dos sujeitos. A fixação do pensamento numa forma pesquisável concreta, possibilitada pela etnografia, representa um ganho inestimável para os estudos do pensamento.

Na qualidade de fenômeno etnográfico, o pensamento e sua investigação demandam inquéritos sobre as articulações entre o vivido, a linguagem e o pensável. É tarefa do etnógrafo interrogar à linguagem com as vistas voltadas para ações, comportamentos, mobilidades, distribuições de poder, hierarquias, produção e circulação de bens, dramas, intercâmbios e assim a se ver multiplicada a lista das unidades de sentido que reclamam sua atenção ao se comportarem como fatos objetivos que podem ser vencidos pelo trabalho de campo. Em resumo, considerar o "*context of situation*" do qual Malinowski tratou. Por outro lado, é de direito do etnógrafo ser reconhecido em seu aspecto humano, dimensionando a consciência generalizada que ele exercita uma atividade de conhecimento parcelar sobre a realidade.

Ao estudar o pensamento social em saúde no Brasil em sua evolução, características e conteúdo, sob viés da participação das Ciências Sociais, em certo momento, me encontrei com a obrigação de abordar sua apresentação contemporânea. De tal modo, a pesquisa se converteu em etnografia da ciência. Veio daí a necessidade de repensar os diferentes os estilos etnográficos na busca daquele que produzisse maiores rendimentos nas situações em que o etnógrafo é levado a estudar pessoas que lhe são muito próximas ou que partilham com ele mundos de significados.

Os progressos da antropologia nos estudos da ciência vêm sendo reconhecidos como importantes. De acordo com Lepenies (1981:246), a etnografia da ciência centra-se no trabalho de campo em instituições, promovendo a mudança de ênfase do resultado do processo de investigação científica para a análise dos processos de produção em si mesmos e, de tal maneira, os cientistas nos laboratórios são observados pelo antropólogo do mesmo modo como são observados os selvagens. Eu não diria desse modo. Não é possível estudar cientistas sociais da saúde, sanitaristas, epidemiólogos etc como se fora um bando ndembo. É preciso manter em mente que como objetos de pesquisa eles são diferentes e exigem novas alternativas etnográficas para sua captação. É possível sim tomá-los como membros de uma cultura observável e discernível, bastante distinta dos selvagens em certos pontos e próximos a eles em outros.

Quando Latour e Woolgar (1997) decidiram um trabalho sobre etnografia da ciência, passaram dois anos em trabalho de campo no laboratório de neuroendocrinologia do Instituto Salk na Califórnia. Lá tudo observavam: as sacolas trazidas para o almoço, as brincadeiras mais freqüentes, os materiais empregados nas experiências, o cotidiano integral, a lógica da produção

científica. Estudos sobre o trabalho científico que têm os laboratórios como campo de investigação são vários. Todos têm em comum o fato de centrarem a observação no trabalho de cientistas que operam em situações onde quantificação, objetivação, experimentação e generalização de resultados são perseguidas como causas e efeitos da produção científica. Focalizam os laboratórios de bioquímica, microbiologia, tecnologia de proteínas, endocrinologia, ecologia reprodutiva, enfim, locais de pesquisa de áreas de saber que se sustentam nas recomendações do método científico clássico, e cujo objetivo é ampliar e aperfeiçoar nosso conhecimento geral do funcionamento do mundo natural. Na verdade tal conjunto de trabalhos se esforça por demonstrar que os métodos e os procedimentos dos cientistas naturais e da tecnologia são suficientemente próximos daqueles das Ciências Sociais. Os trabalhos de: Knorr-Cetina 1981; Latour & Woolgar, 1997; Zenzen & Restivo, 1982; Garfinkel et al, 1981; Law & Williams, 1982 são mostras desse tipo de abordagem. Uma revisão ainda mais detalhada pode ser obtida com Knorr-Cetina (1983) e Woolgar (1982).

Knorr-Cetina (1981:137) conclui que a distinção traçada entre as duas ciências é duvidosa porque as práticas simbólica, interpretativa e hermenêutica que caracterizam as ciências humanas não estão ausentes do domínio das ciências naturais. Entretanto, do meu ponto de vista, tais ciências manipulam situações e inauguram singularidades que não podem ser embotadas pelo inventário de similitudes consistentes.

Para o caso do trabalho em Ciências Sociais, as quais tem como meta a produção de saberes sobre o social em suas mais amplas dimensões, diferenças de grande vulto se instauram com relação ao domínio das ciências naturais. Aqui duas considerações iniciais tornam-se recomendáveis. Inicialmente seria necessário pensar, no âmbito desse campo: que é isto que chamamos de *"ciência"*, *"fatos científicos"* e *"produção científica"*? Nem toda produção das Ciências Sociais, seja ela adjetivada ou não pela saúde, está marcada pela adesão e veneração às concepções filosófico-ortodoxas do chamado método clássico da ciência, dela estando, portanto, excluída qualquer interesse sobre reprodutibilidade de experiências ou generalização de resultados, por exemplo. Isso, em verdade, faz controversa a questão da cientificidade no campo das Ciências Sociais e poderíamos tomar a questão como eixo de uma discussão interminável. Mas, não sendo esse o propósito que justifica este trabalho, considero importante reter o termo *"científico"* e seus correlatos para qualificar a produção intelectual nesses domínios, mesmo sabendo o quanto é problemática a questão da cientificidade no âmbito das Ciências Sociais.

Minha compreensão do que seja ciência, eu a tomo de empréstimo de Merleau-Ponty (1991:109): "*Sob o nome coletivo de ciência, não há senão uma ordenação sistemática, um exercício metódico – mais estrito e mais amplo, mais e menos clarividente – dessa mesma experiência*[23] *que começa com a nossa primeira percepção. É um conjunto de meios de perceber, de imaginar e enfim de viver orientados para a mesma verdade cuja exigência é estabelecida em nós por nossas primeiras experiências. Pode ocorrer que a ciência adquira sua exatidão ao preço de uma esquematização. Mas o remédio é então confronta-la com uma experiência integral, e não lhe opor um saber filosófico vindo sabe de lá onde*".

Uma outra questão vem na forma de uma indagação: os departamentos colocam-se como locais de produção científica das Ciências Sociais em Saúde? Afinal, onde está a ciência?

Certamente temos aqui um complicador para a realização da etnografia da construção dos fatos científicos em Ciências Sociais em Saúde. O cientista social tem seu "*laboratório*", para uma analogia breve com o mundo das ciências naturais, num espaço preservado dos fluxos e burburinhos indesejados, sua casa, no mais das vezes. Os departamentos, por seu turno, são locais de aglutinação, sociabilidade intelectual, orientação e definição das práticas pedagógicas, delineamento de pesquisas conjuntas, orientação de alunos e de formulações e atuações políticas. Dificilmente podemos acompanhar nos departamentos os cientistas das ciências humanas (ou dessas que tem seus estilos a ela aparentados) no momento exato de construção científica. O trabalho científico nesses campos é solitário e isola o pesquisador até mesmo de seu grupo de pesquisa quando dele exige o recolhimento a um canto onde se preserve da observação e das interrupções que prejudicam o bom andamento da rotina de produção. Assim, o local de pesquisa de campo para a etnografia das Ciências Sociais em Saúde torna-se difuso.

Por outro lado, os materiais que os cientistas sociais manipulam não são elementos químicos ou outras substâncias pré-construídas pela manipulação científica[24]. Eles lidam com seus materiais "*in natura*", dispersos e conformados como estão no mundo, não cabendo nenhuma re-elaboração no sentido de pré-construção. Identificados aos problemas com os quais

---

[23] Merleau-Ponty (1991: 110) falando dos sujeitos sociais entende *experiência* não apenas como aquilo que é sentido subjetivamente, mas também algo que abrange as condutas que percebemos através dos gestos, dos relatos ou dos escritos de outros homens. A intersubjetividade é algo situado no domínio da experiência dos sujeitos sociais.

[24] Knorr-Cetina (1983:119) observa que num laboratório os materiais com os quais os cientistas trabalham são pré-construídos: a água é esterilizada, as plantas e cobaias são seletivamente cultivadas e alimentadas, as substâncias químicas purificadas etc. Em nenhuma parte do laboratório a natureza pode ser encontrada, antes ela é excluída.

lidam, esses materiais estão aqui e acolá. São múltiplos e povoados de tipos humanos os mais diversos possíveis – aqueles que conhecemos há muito tempo ou outros que demandam tempo de viagem para contatar. Isto, na verdade, coloca sérias distinções entre as duas ciências, fazendo com que qualquer tentativa de traçar identidades entre as ciências naturais e as ciências humanas cheire à forja de novo status às ciências que permitam, por um lado, às ciências humanas superar o complexo de inferioridade com o qual elas próprias se torturam e, por outro, às ciências naturais abandonarem a sobrestimação de si mesmas ao serem lembradas do seu envolvimento em relações simbólicas trans-epistêmicas, no sentido de relações que rompem as fronteiras da comunidade científica e que tanto se adiantam da objetividade que acabam deixando para trás esse ideal tão perseguido. Considero problemático comparar coisas diferentes.

É difícil saber onde a ciência está. Entretanto, parto da idéia de que as instituições científicas do campo da saúde ao acionar processos vinculados à construção do pensamento social em saúde social do conhecimento científico esparramam influxos sobre os produtores desse pensamento.

Conforme já discutido, a eleição dos sujeitos da pesquisa pode significar direcionamento da exploração. Estando ciente dessa inevitabilidade, no momento em que a pesquisa volta-se para a versão contemporânea do pensamento social em saúde no Brasil e seus modos de fabricação, tomado pela vertente das Ciências Sociais em Saúde, deparamo-nos com uma multiplicidade de homens reais que poderiam receber luzes nessa pesquisa. Qual deles eleger? Como seria possível abarcar a totalidade desses homens?

É preciso confessar que as escolhas dos nomes de Maria Cecília de Souza Minayo e Everardo Duarte Nunes foram feitas dentre um rol de possibilidades bastante amplas. Contamos com importantes figuras na área, presentes em renomadas instituições acadêmicas que, perdoem-me, deixo de citar nominalmente aqui para não cometer omissões.

Conforme Schwartzman (1979), o conhecimento da comunidade científica ou da prática da ciência não se faz armado apenas pela consideração das suas grandes mentes e genialidades ou situações espetaculares. A ciência é aquilo que inúmeros sujeitos fazem em seus cotidianos de trabalho. A ciência, segundo ele, se reconhece a partir de seus praticantes. A conclusão de Schwartzman produz dois tipos de leituras: de um lado conscientiza sobre a impossibilidade de um único autor abranger a totalidade de uma ciência haja vista que o acesso de um único pesquisador à pluralidade de seus praticantes é humanamente irrealizável. De outro,

estimula o acesso à ciência como prática cotidiana de sujeitos que podem ser abordados sob critérios de eleição.

Partindo dessa idéia, elegi dois intelectuais para a pesquisa socialmente reconhecidos como praticantes de Ciências Sociais em Saúde. Esse foi o privilegiamento que executei: destaquei dois praticantes de Ciências Sociais em Saúde. Certamente virão à lembrança outros nomes que mereceriam tomar parte nessa pesquisa, eles existem e contam com meu reconhecimento e também de todo público em geral. Mas, para efeito dessa pesquisa tratava-se de eleger apenas dois praticantes. Os escolhidos são sujeitos expressivos do campo, angariaram reconhecimento pelos esforços pessoais no sentido da constituição do campo social da saúde no Brasil, pela representatividade da produção intelectual e peculiaridade de suas inserções profissionais. De tal modo, o acesso a eles permite que se percorram alguns dos caminhos que nos conduzem ao amplo campo das Ciências Sociais em Saúde com a sua pluralidade teórica e diversidade metodológica. Registre-se que a complexidade do campo exigiria traçar muitos itinerários intelectuais com suas múltiplas contribuições. Sendo assim, com este pequeno exercício penso estar realizando uma primeira incursão na tarefa de reconstrução histórica, epistemológica e sócio-antropológica de um campo intelectual com acesso a pessoas que fizeram da saúde objeto privilegiado de trabalho no campo das Ciências Sociais, tarefa que uma vez iniciada merece perene continuação.

A opção pelos dois sujeitos pesquisados foi feita tendo por base critérios objetivos e subjetivos. Questões importantes concorreram para a escolha de Maria Cecília de Souza Minayo dentre a variedade das opções possíveis. Cecília detém uma inserção profissional especialíssima. Está vinculada a ENSP, uma escola de saúde pública que, de forma incomum e sem outras experiências equivalentes no Brasil, mantém ativo um Departamento de Ciências Sociais. É consensualmente reconhecida como membro produtivo da comunidade de cientistas sociais em saúde. Detém uma produção científica que conta com inegável reconhecimento. Seus desempenhos junto a Abrasco resultaram em vitalização e expansão do campo social da saúde. Afora isso tudo, é uma pessoa humana impecável com a qual faz gosto manter contato. Informante predileta para qualquer antropólogo[25].

---

[25] Howard Becker levantou uma questão importante para o desenvolvimento da pesquisa em ciência social que faço gosto em registrar: "*até quando os antropólogos vão ocultar que, no transcorrer de suas pesquisas, acabam nutrindo simpatias pelas pessoas que estudam?*" Becker (1977:124) nota que esse sentimento se torna presente, "*sabe-se lá*

Encontrei importante amparo para eleição do nome de Everardo Duarte Nunes na linhagem antropológica de minha defesa - a antropologia dialógica - aquela que valoriza o diálogo e as experiências prévias que capacitam e refinam a manipulação e abordagem aos objetos, sem tomá-las como motivos para acusação de *bias*. Por compartilhar com a comunidade de cientistas sociais em saúde o reconhecimento da dedicação pioneira de Everardo à história do pensamento social em saúde na América Latina, e seus esforços multiplicados para a consolidação das Ciências Sociais em Saúde ele é o cientista social que focalizei mais detidamente na Unicamp, Universidade de minha formação no campo das Ciências Sociais e onde também fui aluna do doutorado em Saúde Coletiva vinculado do DMPS-Unicamp. Meu argumento, favorecendo minha eleição, é que não se promove progresso científico quando se obriga o antropólogo ao desperdício do *insight* e da experiência pessoal acumulada, tal como foi a voga nas etnografias *realistas.* Minhas experiências tornam-se benefício para a pesquisa, desde é claro, que haja o entendimento que se valer de experiências prévias não é o mesmo de reafirmar pré-noções.

Um dos critérios adotados para nortear as escolhas refere-se à vinculação dos sujeitos pesquisados a certo tipo institucional. Os dois locais da pesquisa de campo são instituições envolvidas na fabricação do pensamento social em saúde.

Considerando que as instituições não cumprem apenas o papel de sediar os intelectuais, mas são locais de enunciação de fala relevantes para a modelação dos conhecimentos científicos e implantação de práticas; meu foco etnográfico voltou-se para instituições de tradição científica, portadoras de histórias marcadas pelo compromisso com a preparação do profissional apto para dar atendimento às demandas sociais da saúde, nelas implicadas o compromisso com a elaboração de políticas públicas e organização social dos serviços de saúde - particularidade exigente da conciliação entre o saber científico e a prática operativa. Tais instituições, do modo como as percebo, facilitam a visualização da participação do cientista social num cenário profissional marcado por intensa heterogeneidade. Sanitaristas, epidemiólogos, economistas, planejadores, cientistas sociais e outros intelectuais, são os sujeitos que ali se empenham laboriosamente nas questões da saúde humana. Vistas como comunidades, as instituições

---

porque motivo particular", até mesmo em situações nas quais o pesquisador estuda desviantes que fizeram algo bem ruim.

científicas do campo da saúde são como fábricas onde os pensamentos são montados ou desmontados.

A abordagem ao pensamento social contemporâneo em saúde, de tal modo ambientado, transformou-se no estudo dos homens que pensam e falam sobre saúde no Brasil a partir de instituições do campo da saúde. O interesse foi visualizar os intelectuais pesquisados como sujeitos que se encontram fortalecidos ou enfraquecidos pelas suas órbitas de associação, conflitos e compromissos mútuos no campo social da saúde. Dito de outra forma, esta tese focaliza instituições científicas como ambientes sociais de produção do pensamento e nelas ilumina personagens que fizeram da reflexão científica sobre o objeto saúde, sob o ponto de vista das Ciências Sociais, a principal ocupação profissional de suas vidas.

Uma questão delicada para o estudo da prática científica em Ciências Sociais é o isolamento do intelectual. Se as instituições científicas do campo da saúde são espaços onde se desenham importantes dimensões da atividade científica que repercutem de forma mais ou menos pronunciada em pesquisas e produções intelectuais que compõem o pensamento social em saúde, não deixa de ser verdade que a produção em si, se realiza num momento de isolamento do intelectual no qual ele solitariamente se recolhe a um canto onde toma em suas mãos livros ou artigos, lida com seus arquivos ou digita ao computador. Isolamento que não é de direito ser rompido.

Estou dizendo que a etnografia da prática científica no campo das Ciências Sociais em Saúde não é uma tarefa que se esgota na observação microscópica dos Departamentos de Medicina Preventiva e tipos afins. A este estudo é preciso conciliar outros níveis de análise, tentar explicações de porque os cientistas atuam de certas maneiras e não de outras, porque escolhem certos objetos e não outros, porque optam por determinadas teorias e não outras. No campo das ciências humanas nos movemos num terreno delicado onde as coisas são dificultadas pela própria natureza dos objetos ou "*materiais*" manipulados, pelo isolamento do cientista em seus "*laboratórios*" e pela existência de um conjunto de fatos ponderáveis ou imponderáveis que guarda relação com a produção científica. Em todo caso, tomo o e o Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública (DCS-ENSP) e o Departamento De Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (DMPS-Unicamp) como locais privilegiados para o exame do condicionamento do pensamento, para a partir deles lançar meu olhar o mais longe que posso fazer.

A pesquisa etnográfica deflagrou-se nos locais de trabalho dos praticantes de Ciências Sociais em Saúde. Os recursos técnicos do método etnográfico foram acionados a fim de abordar as instituições eleitas para a pesquisa porque, em verdade, a etnografia consiste num método para abordar pessoas como visada ao grupo. De modo distinto, o acesso à Maria Cecília de Souza Minayo e Everardo Duarte Nunes, como sujeitos de expressões intelectuais singulares, foi feito com recurso ao método de história de vida. Entendo o termo *história de vida*, como a história da vida de uma pessoa contada em suas próprias palavras, de tal modo que o método da história de vida consiste no procedimento de elucidar e registrar histórias pessoais nas próprias palavras dos sujeitos (Runyan,1984:05),

O uso do método da história de vida, conforme conceituado por Denzin (1970), permite o acesso à subjetividade, depositando-a num mundo não apenas ideacional, aquele sobre o qual o sujeito fala porque nele crê ou desejar crer, mas num mundo real onde se cruzam desejos e realidades, ações e imobilidades, conflitos, disputas e conquistas. A utilização da historia de vida pela antropologia não sendo recente, tem sido empregada pelos mais diversos motivos, incluindo a escassez de registros documentários de um passado que somente pode ser alcançado mediante a voz daqueles que dele participaram até a alegação inconteste de que a história de vida é capaz de conduzir o pesquisador para rumos não supostos anteriormente na dimensão da pesquisa (Debert, 1986). Entretanto, conforme Crapanzano (1984) trata-se de um método que tem permanecido na periferia de nossa disciplina em razão de motivos que foram, por ele, bem salientados.

Ciente dos limites da história de vida, marco seu status nessa pesquisa como artifício deflagrador da polifonia. Meu interesse é apresentar em primeiro plano a fala de Cecília e Everardo acerca de si mesmos e de seus trabalhos, suas histórias e memórias. E, sabendo da impossibilidade de abarcar a totalidade dessas memórias, restrinjo-me a fragmentos dela, mesmo porque concordo com Ecléa Bosi (1994:39) que disse: "*a memória é um cabedal infinito do qual só registramos um fragmento*". Conclui-se que a etnografia representa adequado expediente para se alcançar grupos sociais, em contrapartida um bom método para se alcançar pessoas em suas subjetividades é da história de vida.

Porém, declaro não ter interesse em deixar-me sucumbir plenamente à "*ilusão biográfica*", para valer-me das palavras de Bourdieu (1986). Ilusão que consiste em supor que na produção de uma história de vida encontraremos sempre uma narrativa permeada por um início e

um término, pontuada por acontecimentos cronologicamente datados e conscientemente cristalizados na memória dos entrevistados como se foram contas minuciosamente enfileiradas no fio da vida que se desenrola hábil. Não é por outro motivo que Bourdieu (1986:71) recusa-se a aceitar essa criação artificial de sentido, propondo como recurso para a viabilidade da construção da história de vida a noção de trajetória *"comme série dês positions successivement occupées par um même agent (ou um même groupe) dans um espace lui-même em devenir et soumis à d'incessantes transformations"*..

A noção de trajetória, desenvolvida por Bourdieu é de grande utilidade para a construção de histórias de vida porque orienta o pesquisador para a busca prévia de informações sobre os entrevistados, para a realização de uma espécie de mapeamento de suas atividades vivas em termos dos estados sucessivos nos quais a vida se desenrolou, vinculadas ao conjunto de outros agentes que ocupam espaços no mesmo campo profissional no qual eles se situam. Assim a noção de trajetória insiste num esforço de construções prévias ao momento da escuta da história de vida, desacreditando o fato dessa, por si só, revelar toda a possibilidade de eloqüência. Desse modo, valorizam-se as experiências prévias entretidas na relação pesquisador-pesquisado. A investigação que prioriza o método de história de vida beneficia-se com o acúmulo de conhecimentos prévios detidos pelo pesquisador que representem agilização na recomposição das trajetórias, reconhecimento dos pensamentos e ações dos sujeitos alvos.

Meu argumento etnográfico, como meus leitores já tiveram a oportunidade de notar, encontra-se estruturado na minha cabeça. Considero que os cientistas sociais não elaboram uma fala qualquer, mas uma discursividade que assenta um pensamento em saúde. Considero que intelectuais das Ciências Sociais em Saúde, assim como outros intelectuais, constroem o pensamento social em saúde, valendo-se das palavras, esses sinais proposicionais que expressam o pensamento. A linguagem das Ciências Sociais em Saúde será, portanto, alvo de minha exegese analítica. Em resumo, a questão fundamental, segundo meu ponto de vista, é conciliar as pessoas e seus lugares a suas obras e valores.

Tal interesse inaugura um delicado momento da pesquisa a ser iniciado a partir da análise dos objetos de que se ocupam os dois intelectuais do campo das Ciências Sociais em Saúde ressaltados nessa tese, dos tipos de enunciação que põem em jogo, dos conceitos formulados e das estratégias utilizadas no sentido da formação de uma prática discursiva com a

potencialidade de um discurso científico contraposto aos constrangimentos biologicistas. Trata-se aqui do esforço para examinar a produção intelectual dos sujeitos salientados.

A fim de dar conta desta tarefa, tomei textos como objetos de análise, entendendo-os como resultados das práticas científicas. Uma aproximação a alguns textos produzidos por Minayo e Nunes foi efetuada, para a partir daí situar e comentar suas obras. Não me comprometi ao exame da totalidade das suas produções intelectuais, que sendo por demais extensas, poderiam penalizar meu leitor com a leitura de tão vasto material. Elegi artigos e livros que considerei mais representativos da produção de Minayo e Nunes. O maior volume desse material me foi oferecido, gentilmente, por eles mesmos. O resultado deste meu esforço pode ser visualizado nos Apêndices que acompanham este trabalho. Se me permitam dizer, era a etnógrafa que andou por entre os textos, registrando interesses, afirmações, defesas, interlocuções com outros autores da comunidade científica, entre outras questões. Foi o trânsito por entre os textos que me permitiu a ordenação das idéias e a compreensão mais geral das contribuições desses sujeitos ao pensamento social em saúde no Brasil. O leitor pode compartilhar minhas conclusões, acessando os Apêndices referidos.

Esta pesquisa concede marcada relevância a textos, materiais produzidos pela conjugação de esforços do intelecto e punho dos autores e que reunidos constituem a obra científica de um intelectual. Confio na possibilidade de tomar textos produzidos como objetos de esclarecimento das práticas científicas. Mantenho firme convicção de que para conhecer as Ciências Sociais em Saúde é importante conhecer aquilo que seus praticantes executam. E o que eles tem produzido são textos. Textos são, neste sentido, materiais privilegiados para fazer a compreensão da prática e resultados da ciência. Textos são os produtos fundamentais dos e para os cientistas sociais. O que os cientistas sociais elaboram e manipulam cotidianamente em suas atividades de pesquisa ou didática são textos.

Por outro lado, não considero adequado explicar obras para além ou por cima das intenções dos autores. Quando digo isso estou retornando a uma polêmica antiga, com o cuidado de não engrossar nenhum dos dois lados de uma discussão perigosa. Refiro-me aqui à polarização dos debates em torno daquilo que Victor Goldschmidt (1970) identificou como as *perspectivas dogmática* e *genética* para a explicação dos sistemas filosóficos. Segundo o autor, pode-se, por um lado, interpretar um sistema abordando-o em termos de sua verdade e razões. Esse seria o modo eminentemente filosófico de interrogar pelas coisas; sendo denominado

dogmático, centra esforço na compreensão e visa privilegiar as intenções dos autores. O método genético, por sua vez, se embrenha na procura das origens e causas e por tomá-las em profusão se perde na busca etiológica. Para esse caso importa, para me valer das palavras de Goldschmidt (1970:139): "*fatos econômicos, políticos, constituição fisiológica do autor, suas leituras, sua biografia, sua biografia intelectual ou espiritual etc*". Tal trabalho de Goldschmidt portou-se, segundo Paulo Eduardo Arantes (1994:17), como oráculo da filosofia uspiana, em seus primórdios, por ser reputado como o momento mais alto da metodologia científica em História da Filosofia.

Venho defendendo a visualização do autor e das idéias que mantém e aparecem cristalizadas em obras produzidas como dados importantes para a sondagem do pensamento. Entretanto, considero perigoso sucumbir à tentação seja das análises de tipo dogmático, seja da geneticista. Goldschmidt tem razão quando reclama por análises que interpretem obras a partir do exame dos dados que condicionam o pensamento, mas não fiquem estritamente a eles limitadas.

A importância da incorporação do exame dos constituintes do pensamento, expressos na estrutura das obras, produzidas pela via da interpretação metodológica, é algo de bom que se aprende com Goldschmidt. A interpretação metodológica permite acesso às causas do pensamento engendradas pelo autor sem sacrificar as obras a uma temporalidade estaticamente definida, permitindo reconhecê-las como possuidoras de uma temporalidade interna e não exterior. Trata-se, portanto, de tomar forças com Goldschmidt para repelir a tentação das pesquisas geneticistas que se satisfazem em fornecer os quadros econômicos, políticos, históricos, sociais e biográficos etc como comandantes do desenrolar do pensamento neles estancando a análise, pesquisas que se aferram ao tempo histórico desprendendo-se do interesse de compreender obras a partir das intenções de seus autores, de sua temporalidade própria e que ao final, em não raras vezes, produzem análises que deslindam para posturas psicologizantes ou para a compreensão de obras para além da intenção dos autores. O risco das análises dogmáticas não é menor porque ao se fincarem excessivamente em análises internas tornarem-se míopes para as condições históricas e sociais.

Parto do pressuposto de que não é adequado conhecer obras abstraídas do método que resultam, aprendi isso com Victor Goldschmidt. Considero que os conteúdos enunciados em obras escritas, enquanto execuções do pensamento, põem em ação o método. Assim pensamento e método representam unidades inseparáveis. "*O método se encontra em ato nos próprios*

movimentos do pensamento", disse Goldschmidt (1970:141). Sem o método não se pode conhecer, fazer exposições ou descobertas, em suma fazer ciência. A própria invenção é um método. Ora, desde que pretendo a leitura de obras e sua exegese como forma de acesso ao pensamento, e sem o interesse de descambar para o psicologismo biográfico, devo reconhecer as idéias dos autores porque eles possuem idéias que os fazem desiguais em meio a outros, idéias cuja expressão se realiza nas obras que produzem. E elas são discerníveis a partir das estruturas das obras, estas nada mais do que articulações do método em ato.

Se conforme Goldschmidt (1970:143): "*Os movimentos do pensamento filosófico estão inscritos na estrutura da obra, nada mais sendo essa estrutura, inversamente, que as articulações do método em ato; mais exatamente: é uma mesma estrutura, que se constrói ao longo da progressão metódica e que, uma vez terminada, define a arquitetura da obra*", deve-se admitir a existência de um ritmo, de esquemas de temporalidade impressos ao movimento de produção do pensamento, um tempo lógico, tempo que permite caminhar na direção da superação do psicologismo quando ao ser tempo metodológico pode ser captado na estrutura da obra.

A adoção dessa perspectiva compreensiva favorece o deciframento de obras escritas porque permitem destacar as idéias que um autor possui, tomando-se em conta a construção do seu pensamento numa ordem de temporalidade particular à estrutura da obra, o tempo lógico. Trata-se, portanto, de praticar aquilo que foi denominado por Goldschmidt (1970:145) como *interpretação metodológica*, ou seja, de colocar ênfase na estrutura das obras, acercar-se delas o mais próximo e detidamente possível, indagando pelo seu tempo particular e por suas causas, aquelas que foram geradas pelos seus autores, sem esquecer das questões sociais e históricas que as cercam. A análise bibliográfica mediante a interpretação metodológica constitui-se em recurso para desvendar a ciência a partir da sua prática[26].

Há riscos sérios implicados tanto nas pesquisas de tipo dogmático quanto genético. Alternativa interessante é apresentada por Pierre Bourdieu (1968) em sua proposta de um tipo de análise que partindo do conceito de mediação permita escapar dos perigos das análises de tipo dogmático ou genético. O conceito de mediação possibilita apreender as relações entre sujeitos

[26] Tomo de empréstimo Granger (1975:14) a definição de prática: *"a atividade considerada em seu contexto complexo e, em particular, com as condições sociais que lhe dão significação num mundo efetivamente vivido".*

em diferentes posições num campo de poder, de maneira a destacá-las como relações de força estabelecidas que tornam atos e práticas a elas referidas. Diz Bourdieu (op.cit:105): *"Para dar à sociologia da criação intelectual e artística seu próprio objeto e ao mesmo tempo, seus limites,é preciso perceber e considerar que a relação que um criador mantém com sua obra, e por isso mesmo a própria obra são afetadas pelo sistema de relações sociais nas quais se realiza a criação como ato de comunicação ou mais precisamente, ou mais precisamente pela posição do criador na estrutura do campo intelectual"*. O conceito de mediação remete ao sistema de relações sociais estabelecido entre o projeto criador de um intelectual e sua obra. Trata-se de compreender obras, atos e práticas mediados pela luta em torna da legitimação de autoridade mediante a prática da linguagem científica autorizada.

A produção científica desenvolve-se como processo social disposto em organizações reputacionais que conformam graus de profissionalização, burocratização, controle e interferência no pensamento na medida em que agregam intelectuais que buscam reputação tendo por base suas contribuições aos objetivos intelectuais dos campos que defendem.

Se as organizações reputacionais atuam no sentido de orientar condutas homogêneas pautadas no respeito às estruturas consolidadas, deveríamos nos perguntar: como explicar as singularidades que caracterizam as obras científicas, uma vez não serem produtos que se façam em série, crivadas pelos mesmos conteúdos e valores? Roberto Cardoso de Oliveira (2000:113), refletiu sobre a questão pensando em particular o caso da antropologia e, ainda que não se expressando nos termos de organizações reputacionais, observou que a antropologia mantém estabilidade uma vez que sua matriz tem permanecido praticamente a mesma, e no entanto, sua singularidade observável deveria ser explicada nos termos da noção de estilo que ele toma de Granger. Os elementos individualizantes na antropologia, no parecer do autor, são da conta das possibilidades previstas na própria matriz disciplinar que, por essa razão, não podem ser classificadas como antropologias nacionais.

Roberto Cardoso de Oliveira tem razão, a prática de diferentes estilos não decompõe a matriz disciplinar em tantas quantas forem os estilos identificados. A linguagem científica é tanto estável quanto possibilita a execução de diferentes estilos. Se buscarmos compreender o estilo juntamente com Gay (1990:17) como a forma e o conteúdo considerados conjuntamente como componentes de um ofício, entenderemos o estilo como parte da parte da essência do pensamento. Desse modo, justifica-se abordar o estilo como visada ao pensamento, projeto

contemplado pela etnografia do pensamento que por considerar os elementos empíricos da produção científica busca as pessoas e suas obras recorrendo aos sistemas de relações sociais nas quais se insere a produção dando relevo à posição que os produtores de obras ocupam na estrutura do campo ao qual pertencem e tipo de relação que mantém com o público, os quais mediatizam a criação e o estilo.

Para acercar-me das obras, recorro em acréscimo, à contribuição de Granger (1975) que propõe a realização da estilística da obra científica, entendendo-a como a procura das condições mais gerais da inserção das estruturas numa prática individuada, porque: *"(...) o objeto que ela (ciência) constitui e descreve é essencialmente estrutural. Mas, o individual permanece no horizonte da Ciência, Se é verdade que não há ciência puramente especulativa e que todo o processo de estruturação está associado a uma atividade prática, o individual aparece necessariamente, de início, como o lado negativo das estruturas"*.

Os textos são uma das estruturas da prática científica e envolvem relação com a experiência do sujeito elaborada num conjunto de mediações com outros agentes e grupos sociais. Encontram-se objetivados, organizados por uma linguagem, participando um estilo, expressando pontos de vistas, suscitando controvérsias, aderindo a polêmicas, exercitando críticas, fazendo defesas particulares a teorias ou autores. Enfim, os textos encerram riquezas hiperbólicas para a análise porque representam resultados das atividades laboriosas de um sujeito social, um indivíduo que existe como parte da estrutura que constrói. E nesse sentido, a individuação não está ausente da prática científica, como se quer fazer crer ao apontar os aspectos formais e impessoais convencionalmente destacados na ciência. Explorando essa idéia Granger (1975:23-25) fala em "*caracterologia científica*" para comentar níveis de individuação objetivamente determinados da prática científica, cada um dos níveis concebido como uma grade de organização e interpretação dos comportamentos de indivíduos que explicitam a singularidade dos atos de criação científica.

A estilística científica comporta-se como um estudo concreto de obras porque aborda o estilo enquanto possa servir para considerar as relações entre a teoria e a prática científica. Vamos, portanto, a partir dessas orientações mais gerais buscar intelectuais e identificá-los dentro de uma *caracterologia científica* sem o interesse de produzir contrastes. A questão é fazer a aproximação às obras de Maria Cecília de Souza Minayo e Everardo Duarte Nunes e cuidar de

reconhecer seus estilos e por, intermédio da interpretação metodológica, desvendar suas estruturas.

Cientistas sociais tidos como anfíbios por transitarem tanto no campo das Ciências Sociais quanto no campo da Saúde Coletiva atuam deixando atrás de si um rastro intelectual denominado Ciências Sociais em Saúde. Homens e mulheres que produzem num campo científico relativamente recente onde se dispõem modos particulares de entendimento da relação saúde-sociedade, normas, convicções, instrumentos e técnicas de pesquisa cujos desempenhos culminam na produção de um pensamento social sobre a saúde. Um universo que merece ser desvendado num esforço contínuo.

Iniciarei minha tarefa com a busca do momento da inserção do social no campo da saúde e da saúde no campo das Ciências Sociais. Trata-se de indagar pelo processo de constituição e desenvolvimento das Ciências Sociais em Saúde. Interessa-me apreender a gênese, evolução e características das Ciências Sociais em Saúde quando se comporta como área científica que tem participação significativa na produção do pensamento social em saúde no Brasil. Comprometo-me com a atualização deste campo de conhecimento em termos de sua identidade histórica[27], procurando assinalar elementos e questões que atuaram em favor da sua constituição e instauração de sua tradição.

[27] O termo "*identidade histórica*", cunhado por Wolf Lepenies, foi divulgado no Brasil por Glaucia Villas Bôas (1991). Segundo a autora, Lepenies distinguiu: "*identidade cognitiva*"; "*identidade histórica*" e "*identidade social*". A identidade cognitiva diz respeito às orientações, paradigmas, problemáticas e instrumentos de pesquisa de uma disciplina. A identidade social remete-se ao processo de institucionalização de uma disciplina vinculado aos seus recursos organizativos. A identidade histórica corresponde aos esforços pioneiros para constituição de um campo de trabalho e que se situam como elemento agregador para integrantes de uma comunidade científica.

CAPÍTULO 3

AS CIÊNCIAS SOCIAIS NO CAMPO SOCIAL DA SAÚDE

"No final das contas, tentar fazer a história de qualquer disciplina pode ser um exercício ilusório, já que não podemos nos livrar do peso de nossa própria maneira atual de praticá-la, sem correr o risco de dissolver os contornos do objeto que nos propomos entender."

Mariza Corrêa ("Ilusões da Liberdade")

Meu propósito neste momento é situar um panorama geral sobre as Ciências Sociais em Saúde em sua correlação com o pensamento social em saúde, através de alguns de seus praticantes e práticas ancestrais, com o fim de introduzir a compreensão sobre esse campo de conhecimentos. Não pretendo refazer a história das disciplinas das Ciências Sociais que lidam com a questão saúde nem tampouco sucumbir completamente no recuo ao passado, ainda que me pareça inevitável visitá-lo. Mas é preciso de alguma forma começar por reconhecer as condições que, mesmo timidamente, contribuíram para a deflagração da construção de um pensamento em saúde a partir dos nichos médicos das Ciências Sociais ou, com a ressalva necessária - em contato com eles - mesmo porque nem todos os intelectuais que contribuíram para construção das Ciências Sociais em Saúde foram ou são cientistas sociais de formação. A hibridez e variedade na formação profissional, nos interesses de pesquisa e no saque aos recursos teóricos e analíticos dos mais diferentes campos de saber parece ser a tônica dos sujeitos ativos nesses domínios[28].

[28] Questão de mesma natureza foi identificada por Marisa Corrêa (1987:16) ao tentar definir antropologia e antropólogos no Brasil. Muitos daqueles que contribuíram para a constituição da antropologia no Brasil não contavam com uma educação formal na área e, no entanto, não poderiam jamais ser postos para fora da história da disciplina: "(...) *aprendemos que parece impossível construir um índice de pertinência a uma área disciplinar muito estrito ou apoiado apenas nos padrões de definição vigentes atualmente* – (...)"

Apenas mais recentemente, as Ciências Sociais em Saúde vêm compondo uma tradição intelectual suficientemente rica para motivar confiança em sua potencialidade de elucidação dos fenômenos concernentes aos processos saúde-doença em sua dimensão social. Poderia-se dizer que isto se deve ao seu compromisso para com a construção de uma cultura verbal marcada por uma linguagem autorizada.

No final dos anos 90, ganhamos a convicção que as Ciências Sociais em Saúde encontram-se consolidadas como campo de aglutinação de saberes e competências da mais estável vitalidade. A reflexão sobre a vida intelectual das ciências sociais aplicadas à área de saúde tem se avolumado consideravelmente nos últimos anos[29]. Constata-se a multiplicação dos interesses investigatórios referidos à problemática da saúde, o crescimento da presença de disciplinas de ciências sociais nas grades curriculares dos cursos da área da saúde, a alocação de recursos humanos em ciências sociais nos ambientes de trabalho da área médica e as responsabilidades avocadas pelos profissionais do campo para responder aos dilemas e desafios colocados pela estruturação e oferta de serviços em saúde vigentes no país. Tais fatos, atuando independentemente ou associados a outros intervenientes, vêm estimulando a incorporação ascendente de novos profissionais ao campo.

Mas, nem sempre foi assim. O período inicial das Ciências Sociais em Saúde foi marcado por dramáticas dificuldades de sorte que podemos mais falar na existência de *manifestações* em Ciências Sociais em Saúde. Ao usar o termo *manifestações*, alinho-me a Antonio Cândido (1975) para salientar a ausência de continuidade performática nas atividades desempenhadas, intelectuais ou práticas, por indivíduos tenazmente engajados no campo do saber e/ou ação em saúde. A imaturidade do campo dificultava a formação de grupos de intelectuais. Além disso, a ausência de uma linguagem própria e a falta de uma audiência receptiva para as obras deixava as Ciências Sociais em Saúde no nível do esboço.

É preciso, portanto, acautelar-se de dois modos. Em primeiro lugar, repudiar a invenção de um passado que não existe; todos sabemos que as pesquisas sociais em saúde no Brasil foram bastante reduzidas até a década de 60, uma vez serem prioritariamente compostas

---

[29] Gláucia Villas Boas (1991:21) comenta de maneira bastante interessante a grande movimentação, constatada nas Ciências Sociais, em torno da busca do passado das suas disciplinas. Diz ela: "*quando gerações de intelectuais se voltam para o passado a fim de rever e avaliar suas instituições, a produção de seus antecessores, sua formação, influências que receberam, sua trajetória profissional e concepção de mundo, elas evidenciam que têm atrás de si uma tradição intelectual que merece ser revisitada e questionada*"

como estudos do campo da antropologia cujo desenvolvimento foi retardatário com relação à sociologia que tendia à recusa de pesquisas de foco mais circunscrito, priorizando questões de caráter político e/ou sócio-econômico. Além do mais é preciso cuidar para não referir atuações e produções intelectuais ancestrais como imunes a críticas. Em nossos dias, merecem severas reprovações determinados conteúdos do pensamento social em saúde no Brasil. Se as idéias devem ser entendidas a partir de seus locais e contextos de produção não decorre que não possam ser rejeitadas[30]; caso do conceito de raça, por exemplo, que alimentou posições ideológicas legitimadoras de dominação, exclusão e tortura. Sofisticação de idéias, por outro lado, não é exclusividade do presente. Há combinação de conservantismo e inovação em curso no campo intelectual aqui em apreço. Como notou Antonio Cândido (1975:24) mesmo em fases iniciais aparecem obras de valor, seja pelas características individuais de seus produtores ou "*influência de outras literaturas*".

Meu interesse em retomar o passado das Ciências Sociais em Saúde através de algumas das suas figuras ancestrais vem da possibilidade de a partir dele ver construída uma narrativa da *identidade histórica* desse campo. Trata-se da tentativa de referir os primeiros esforços de constituição desse campo de trabalho com os quais, em princípio, os seus atuais integrantes se identificariam e que, portanto, revelam-se capazes de iluminar os mecanismos de inserção da saúde no horizonte temático das Ciências Sociais e vice-versa. Nos tempos de pioneirismo ou tempos heróicos, caracterizados pela carência de cientistas sociais especialistas em assuntos de saúde, os esforços precursores de intelectuais que abordaram o tema da saúde merece destaque na trajetória das Ciências Sociais em Saúde e no processo de formação de uma camada intelectual motivada a pensar mais sistematicamente a questão da saúde na sociedade brasileira.

O pensamento social em saúde tem sempre uma moldura que situa um produtor e suas adesões intelectuais e culturais aos problemas econômicos, políticos, sociais e ideológicos que fazem a conjuntura do seu tempo. Isso me parece claro e, no entanto, permanece ainda o problema de como as Ciências Sociais em Saúde instituíram uma linguagem autorizada e legítima

---

[30] Nesse caso é bom seguir o exemplo de Adam Kuper (1996:08) que, ao objetivar convencer que a história da teoria da sociedade primitiva é uma ilusão, faz a mais refinada crítica ao relativismo notando que: uma coisa é situar argumentos no seu contexto, outra bastante diferente é engessar completamente a crítica a eles. Para entender tudo não é necessário tudo perdoar, conduta típica do relativismo: " *it may even be suggested that to understand all is to forgive all*".

para falar sobre assuntos que tem auxiliado nas discursividades e práticas daqueles que operam com a temática da saúde e doença nos nossos dias.

As oportunidades para a construção de uma linguagem crítica e libertadora dos estrangulamentos biologicistas que impregnavam o exame dos fenômenos de saúde e doença se viram alargadas a partir da década de 70. Data desse período a intensificação da presença dos cientistas sociais em espaços institucionais pertencentes às áreas médicas. Falando e atuando a partir desses espaços, cientistas sociais deram continuidade aos seus originais engajamentos a projetos pedagógicos de educação das profissões de saúde, iniciado na década de 40, e se colocaram como artífices da criação e consolidação de um pensamento social em saúde em colaboração com outros intelectuais aliciados pelo projeto de constituição de modos mais vastos de pensar a questão da saúde e doença.

As Ciências Sociais em Saúde no Brasil viveram seu processo de disciplinarização no transcorrer da década de 40. No ano de 1946 foi instituída a cadeira de "Problemas de Sociologia Aplicada à Higiene" na Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (Nunes, 1985:439), um marco para o processo de constituição do campo, porém insuficiente como explicativo para a gênese do processo de produção de um pensamento social em saúde. Conforme ressaltou Canesqui (1995:19): *"A produção de um pensamento social em saúde certamente antecede à introdução de disciplinas específicas relacionadas às ciências sociais no âmbito universitário, dirigidas à formação médica e de especialistas em Saúde pública. Uma reconstituição completa daquele pensamento ainda está por ser feita"*.

Quando se trata de indagar pelo processo de conquista de autoridade dos cientistas sociais para emitirem palavras sobre a saúde três domínios devem ser confirmados: as propriedades do discurso elaborado sobre a saúde; as propriedades do cientista social elocutor do discurso e a propriedade da instituição que o ampara e controla a pronunciação do discurso. O que se fala; quem fala e de onde se fala são questões que têm desempenhos fundamentais para a consideração da legitimidade e reconhecimento das discursividades. A autoridade de um discurso ou mesmo sua eficácia social não se concentra exclusivamente nos seus limites formais, nas suas propriedades intrínsecas, no poder das palavras que mobiliza. Vem também de fora dele, das condições sociais de sua produção e da posição social ocupada pelo enunciador, a qual define modos específicos de acesso e manipulação da língua da instituição que o abriga.

Essa teoria não me pertence. Bourdieu (1998:89) ao formulá-la, sugere interdependência entre os domínios que conformam a linguagem autorizada. Na verdade, proliferam situações nas quais o conjunto das relações objetivas entranhadas no campo científico ou as tramas de poder de controle das instituições se dispõem de modo a dirigir, como que imperativamente, o teor e os rumos das enunciações discursivas de seus membros. O discurso é produzido em razão da incorporação do *habitus*[31] do grupo e cuida de sua reprodução.

Partindo dessas considerações, pretendo aqui examinar a origem e as condições de produção do pensamento dos cientistas sociais sobre a saúde; frisar seu conteúdo e o modo como se dispõe no mundo. O interesse é reconhecer a gênese social do campo das Ciências Sociais em Saúde e o jogo de linguagem que nele está regrado. Fazendo assim podemos compreender as dificuldades iniciais, as pessoas e as obras inaugurais do campo das Ciências Sociais em Saúde em seus valores como produtos motivados, localizados e datados, facilitando o entendimento do processo pelo qual as Ciências Sociais em Saúde atingiram seu ponto de maturidade e institucionalização na década de 70 e a crescente vitalidade característica dos anos 90.

Precedentes e memórias

O início do pensamento dos cientistas sociais com relação à saúde não coincide com o momento em que a Saúde Pública cresce como questão social no Brasil. Esse é o momento de sua intensificação, mas não de sua origem. Segundo Braga & Paula (1981:41): *"a saúde emerge como 'questão social'* [32] *no Brasil no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira."*

---

[31] Utilizo o conceito de *habitus*, como proposto por Bourdieu (2001), para significar um conhecimento adquirido e um capital; a disposição incorporada de um agente em ação. Trata-se de uma noção que recusa a filosofia da ação do estruturalismo que tende a impor ao agente o reduzido papel de epifenômeno das estruturas, desconhecendo-o em suas capacidades ativa, inventiva e criadora. O *habitus* é um sistema de esquemas mais ou menos controlados e mais ou menos transponíveis (Bourdieu, 1999:14).

[32] Segundo os autores (op. cit: 41), por *questão social* deve-se entender, por um lado, fenômenos cujas manifestações concretas reproduzem as relações sociais de produção e, de outro, fenômenos que se manifestam nas práticas políticas e ideológicas tendentes a se constituir como objeto das políticas do Estado. Assim seriam questões sociais: a regulação do mercado de trabalho e do processo de trabalho; normatização da atividade política; composição do consumo coletivo de saúde, habitação, educação, etc por parte dos assalariados; composição das rendas de trabalho (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço –FGTS; Programa de Assistência dos Servidores Públicos –PASEP).

Certamente, a inauguração de novas condições sociais, políticas e econômicas características da primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro projetaram o crescimento da Saúde Pública no país. Contudo, permanecem ausências ponderáveis quando vinculamos a preocupação com a faceta social da saúde às organizações das políticas públicas de higiene e saúde que tiveram lugar nas primeiras décadas do século XX como exigências de solução para os problemas de saúde que acometiam a mão-de-obra e a precariedade no saneamento dos portos e núcleos urbanos que obstaculizavam o progresso da acumulação e exportação cafeeiras.

O trabalho de Braga & Paula é pioneiro no campo de estudos sobre o pensamento social em saúde. Uma obra irretocável devotada ao estudo do início do pensamento dos economistas em saúde ao mesmo tempo em que referência obrigatória para interessados na história do pensamento e ação dos Serviços de Saúde Pública no Brasil. Coerente com objetivos primordiais da obra, a datação da emergência da saúde como "*questão social*" do contexto da economia exportadora capitalista cafeeira pretende dar ênfase ao momento em que se verificou mais exacerbadamente a articulação dos programas sociais, a rigor, destinados à maximização da eqüidade com outras políticas governamentais que objetivavam maximizar a acumulação econômica. Estudando as relações entre política de saúde e Poder Público, Gilberto Hochman (1998:38) argumentou convincentemente que as políticas de saúde pública no Brasil da Primeira República tiveram um papel importante na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre o território nacional, razão pela qual seu trabalho representa outra excelente referência sobre o assunto.

Favorecendo-se um ângulo de observação que não seja fundamentalmente econômico haveremos de concordar que a saúde desde sempre se configurou como questão social estando, desde o século XIX, vinculada aos propósitos das políticas econômicas e sociais do Estado. Se para falar do início do pensamento dos economistas em saúde devemos retroceder às primeiras décadas do século XX com a Velha República[33], para falar de um pensamento social em saúde e

[33] Sergio Góes de Paula fez a dedicatória do seu "*Saúde e Previdência*", escrito conjuntamente com José Carlos de Souza Braga, a Mario Magalhães da Silveira a quem reputa como: "*grande sanitarista, pioneiro das Ciências Sociais em Saúde, crítico implacável*" (op. cit. pp XIII) Na apresentação da obra, o mesmo Mario Magalhães da Silveira sintetiza o esforço dos autores como resultando numa obra que: "*representa uma contribuição da melhor qualidade não só no que se refere a uma extensiva pesquisa sobre o início do pensamento dos economistas com relação à saúde, como das várias teses que vêm sendo defendidas na fundamentação do pensamento e da ação dos serviços de Saúde Pública*" (op.cit.pp XV). Os autores revisitam a Primeira Republica para falar da emergência da

do início do pensamento dos cientistas sociais no campo da saúde é preciso voltar ainda mais no passado.

Para começar a pensar a saúde como questão social lembremos o caso das medicinas tradicionais do Brasil e das lutas de concorrência que ensejaram no Brasil colonial. O termo medicina tradicional corresponde a uma simplificação semântica que emprego para significar o conjunto de representações e práticas vinculadas à confrontação do homem das sociedades indígenas com as doenças, visando a promoção e/ou restauração da saúde, prevenção de doenças e a reabilitação dos indivíduos para o exercício de suas funções cotidianas (Novaes, 1996:15). As medicinas tradicionais, expressões de pensamentos e práticas autóctones em saúde, foram objetos de curiosidade e interesse por parte de naturalistas, viajantes, missionários, cronistas e outros observadores, dentro os quais pode-se citar, dentre outros: André Thevet; Jean de Léry; Hans Staden; Fernão Cardim; José de Anchieta; Ivo D'Evreaux; Claude D' Abbeville e o brilhante senhor de engenho do recôncavo baiano Gabriel Soares de Sousa que ao estudar a vida, os costumes e a medicina dos índios do Brasil antecipou a etnografia e a parasitologia no Brasil.

Os escritos desse conjunto de homens elevaram o acervo de conhecimentos sobre as culturas locais, sem deixar de trazer contribuições ao pensamento social em saúde no Brasil[34]. Porém é preciso ressalvar que apesar de lidar com questões de marcante interesse para aquilo que hoje entendemos como Ciências Sociais em Saúde, esses escritos inaugurais não foram elaborados por pensadores que se percebessem como partícipes do que futuramente seria nomeado disciplinas das Ciências Sociais. Como se sabe o processo de disciplinarização das Ciências Sociais se deu no século XIX como resultado do esforço por garantir e fazer avançar um conhecimento objetivo sobre a realidade com base em descobertas empíricas (Gulbenkian, 1996:28).

No final do ano de 1637, o holandês Guilherme Piso foi contratado pela Companhia das Índias Ocidentais para exercer a função de médico junto ao conde de Nassau. O resultado de sua permanência no Brasil foi a obra "*De medicina brasiliensi*". Em 1648 publicou-se, em Amsterdã, a "*Historia Naturalis Brasiliae*" dividida em duas partes: uma contando com o já

---

saúde como questão social e datam a década de 20 como seu momento de intensificação (op. cit. 41 e 44). Essa saúde à qual se referem é a saúde pública.

[34] Sobre as contribuições desses homens ao conhecimento das culturas primitivas e sociedade brasileira desse tempo ver: Fernando de Azevedo - *As Ciências no Brasil* – com especial atenção ao capítulo intitulado Antropologia e Sociologia no Brasil.

mencionado trabalho de Piso e outra de autoria de Jorge Marcgrave – "*Historia Rerum Naturalium Brasiliae*" composta de oito livros, sendo os três primeiros sobre plantas. Nesta obra encontram-se descritas várias doenças existentes na época e vários recursos terapêuticos aqui utilizados e difundidos. Tais estudos, ao lado do "*Tratado Descritivo do Brasil em 1587*", de Gabriel Soares de Sousa e dos "*Diálogos das Grandezas do Brasil*", de autoria de Ambrósio Fernandes Brandão, representam obras memoráveis porque ao enfocar descritivamente as patologias e terapêuticas locais acabaram por compor os primeiros estudos médicos e antropológicos da colônia.

Em Paris, no ano de 1844, foi publicado o livro "*Du Clima et dês Maladies du Brésil*", de autoria de J.F. Sigaud que clinicava no Rio de Janeiro. A obra encontrava-se dividida em quatro seções: Climatologia, Geografia Médica, Patologia Intertropical e Estatística Médica. O livro é dedicado a D.Pedro II a quem se reconhece como protetor esclarecido das ciências e das artes. A obra de Sigaud lista e biografa médicos, naturalistas e cirurgiões já mortos valorizando suas obras médicas escritas e outros aspectos e características pessoais. Os contemporâneos de Sigaud ficaram de fora da obra.

Devemos a Sergio Góes de Paula (1998) a referência ao trabalho pioneiro de Sigaud. Retomando-o, o autor ofereceu-nos listagem de obras de medicina, cirurgia e história natural publicada no Brasil até 1843. A consulta do material é interessante e dele gostaria de destacar apenas alguns títulos: *Indagações sobre a Morte* (1813) por dr. Azevedo Pinto; *Das febres de Angola* (1813) por dr. Azevedo Pinto; *Das febres do Rio de Janeiro* (1822) por dr. Mello Franco; *Civilização dos Índios do Brazil* por dr. Machado Cardoso; *Tratado de Educação dos Meninos* (1828) por S.J.J. Serpa; *Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro* (1835) por Dr. Jobim; *Medicina Popular* (1835) por dr. Brierre de Boismont; *Dicionário de Medicina Popular* (1843) por dr. Chernovis. As biografias dos médicos, cirurgiões e naturalistas do Brasil também foram reproduzidas, constituindo excelente material para incitar a reflexão sobre a produção científica da época.

O trabalho do médico e botânico Karl Friedrich Philip von Martius *Natureza, doenças, medicina e remédios entre os índios brasileiros* (1844) é marcado por brilhante riqueza etnográfica e ilustra o modo de aproximação ao tema da medicina e saúde indígenas, podendo ser tomado como obra que contempla aspectos hoje reconhecidos como importantes pelas Ciências Sociais em Saúde. Neste trabalho, descreve-se entre a população indígena várias doenças, suas

interpretações e os recursos terapêuticos nativos empregados para opor-se a elas. O bávaro percorreu, em suas viagens ao Brasil o interior do território e faixas daqueles que viriam a ser os estados de São Paulo, Minas Gerias, Goiás, Bahia, Pernambuco, Piauí, Maranhão, Pará e Amazonas, contando com apoio financeiro de D.José I, rei da Baviera, da Academia de Ciência de Munique e do chanceler austríaco, o príncipe de Metternich (Leite, 1995:15). Martius é reconhecido como pioneiro na elaboração de uma sinopse etnográfica do Brasil em decorrência da sua investigação extensiva das línguas e aspectos sócio-culturais dos grupos indígenas. A etnografia nele reconhece um sistematizador haja vista seu esforço de classificação dos índios a partir de grupos lingüísticos e seu contraste com outros homens (Leite, 1995:17).

A recuperação da memória das Ciências Sociais em Saúde tem levado a reconhecer que coube à Antropologia, dentre as demais Ciências Sociais, inaugurar os estudos sobre questões afetas à saúde e sociedade no Brasil. Basta dizer que muitos dos atuais propósitos investigativos da antropologia contemporânea estavam contemplados nas atividades de pesquisa de homens do passado que tiveram seus olhos postos nas mais inquietantes dimensões da vida: saúde, sofrimento, doença e morte. O antigo interesse etnográfico nas medicinas tradicionais, incluindo magia e bruxaria, está na origem da antropologia médica [35].

Temos nas diversas medicinas praticadas no Brasil um dos primeiros objetos a encorpar o pensamento social em saúde. Esse é o tema que abre os estudos sobre a questão saúde orientados pela consideração de sua dimensão social. Contribuições iniciais ao pensamento social em saúde tiveram por base os estudos sobre crenças e práticas médicas não oficiais. As medicinas tradicionais e a medicina popular testemunham a existência de um legítimo patrimônio cultural remetido a uma realidade social genuinamente nacional que fez considerável irradiação temática ao pensamento social em saúde. Por isso persisto um pouco mais na questão.

[35] O termo antropologia médica foi primeiramente usado por Norman Scotch, em 1963. Antes disso falava-se apenas em "*antropologia aplicada na medicina*", um campo de estudos, dentro da antropologia, ocupado com o entendimento dos padrões de saúde e doença e dos recursos empregados para o restabelecimento da saúde ou, dito de outra maneira, um campo ocupado com os aspectos médicos da cultura e com os aspectos culturais da medicina. Atualmente, a antropologia médica encontra-se devotada ao exame dos elementos deletérios que se dispersam nas sociedades: violência, iniqüidade, pobreza, marginalização e ao enfoque do racismo, dominação, entre outras questões que, participando de um contexto global da vida das pessoas, tem implicações sobre os modos como as doenças são criadas, distribuídas e tratadas.

Um campo inaugural

No ano de 1549, chegou ao Brasil Jorge de Valadares, físico lusitano. Antes dele, João Faras, cirurgião de D. Manuel. Nos anos de 1553 e 1557 chegaram os físicos Jorge Fernandes e Afonso Mendes (Sá Menezes, 1957:29)[36]. Eram praticantes de uma medicina tão rudimentar quanto aquela vigente em Portugal, caracterizada por alternar erros ou superstições entre uma sangria, purga ou clister. Naquela ocasião, físico era o nome para médico formado. Eram em número mais reduzido que os aprendizes de boticário e os cirurgiões-barbeiros, leigos que habilitados à navalha para o corte de cabelo e barba também praticavam pequenas cirurgias como sangrar, escarificar, aplicar ventosas, sanguessugas, clisteres e arrancar dentes. Os "doutores" eram aqueles que defendiam teses ou conclusões magnas em Coimbra, Montpellier e Edimburgo, mas somente vieram para o Brasil no século XVIII (Monteiro, 1985:15). De acordo com Pimenta (1998) os sangradores eram indivíduos, em sua maioria africanos, que praticavam a sangria, forma bastante difundida e recomendada para a cura de doenças, também praticada por brancos.

Entre os séculos XVI a XVIII, foi se dando a gradual construção de um aparato colonial que visava à uniformização de procedimentos técnicos e licenciamento dos profissionais da saúde objetivando coibir abusos e práticas ilegítimas. Tratava-se de tentar a organização administrativa da saúde no Brasil, mas admita-se sem muito sucesso, dada a reconhecida incapacidade de exercício de ações repressivas ou de defesa dos interesses dos profissionais da medicina contra curandeiros, rezadores e demais agentes terapêuticos.

Diante do reduzido número de profissionais, precariedade das práticas médicas disponíveis e ineficiência dos dispositivos punitivos, a população acabava por recorrer às terapêuticas mais bem disseminadas, aquelas baseadas numa combinação de elementos oriundos das medicinas indígenas, popular portuguesa com forte influência da tradição cristã e medicinas africanas com acento para elementos culturais sudaneses e bantos.

---

[36] Importante lembrar que, em data anterior à chegada dos primeiros médicos no país, foi criada a primeira Santa Casa no Brasil. Em 1543, Brás Cubas fundou na cidade de Santos a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos que tinham por objetivo assistir doentes vitimados pelas longas viagens marítimas. A Santa Casa da Bahia foi fundada em 1550; a do Rio de Janeiro em 1582; a de Olinda em 1540; de São Paulo em 1714, Belém do Para em 1654 (Ribeiro, 1971:92).

Os médicos diplomados atuantes no Brasil, durante seus três primeiros séculos, concentravam-se nos principais centros urbanos localizados na faixa litorânea e eram em número extremamente reduzido (Santos Filho,1977:63). Vastas áreas geográficas ficaram destituídas da presença de sequer um único cirurgião-barbeiro. Por isso a atuação médica jesuítica se fez muito importante, tendo sido iniciada com os primeiros padres da Companhia de Jesus, chefiados por Nóbrega, que em 1549 chegaram ao Brasil com Tomé de Sousa. Além de dedicar-se à conversão dos pajés e catequizar as crianças, os jesuítas também serviam de médicos e barbeiros, medicando e sangrando os índios (Azevedo, 1994:413). O papel médico desempenhado pelos jesuítas foi fundamental durante todo o tempo em que permaneceram no Brasil, sendo finalizado por ocasião da expulsão jesuítica, em meados do século XVIII.

Até o século XIX, a medicina popular foi absolutamente preponderante. A precariedade da organização administrativa da saúde no Brasil colônia aliada ao descrédito que os médicos inspiravam estimulou o uso predominante de alternativas terapêuticas não oficiais. Conforme Licurgo de Castro Santos Filho (1977:104): *"(...) os profissionais não diplomados só conheciam de medicina simples e reduzidos rudimentos; os diplomados entendiam menos da ciência hipocrática e mais dos 'portulanos' e 'cartas de marear' e astrologia. Tresandando os rançosos textos de Coimbra e Salamanca, os profissionais diplomados residentes no Brasil mereceram do desabusado bispo do Pará, dom frei Caetano Brandão, aquela mui citada frase: 'é melhor tratar-se a gente com um tapuia do sertão, que observa com mais desembaraçado instinto do que com médico de Lisboa"*.

Em 1808 a medicina no Brasil inaugurou a fase definida por Licurgo Santos Filho (1977:11) como pré-científica haja vista o aparecimento das duas primeiras Escolas de Medicina no Brasil: na Bahia, em fevereiro de 1808, e no Rio de Janeiro. A atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi criada por D. João VI, através de Carta Régia assinada em 5 de novembro de 1808, que determinava o estabelecimento, no Hospital Militar do Morro do Castelo, de uma Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia. Posteriormente, em 3 de outubro de 1832, durante a Regência, foi sancionada a lei que transformava as Academias Médico-Cirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro e de Salvador em Escolas ou Faculdades de Medicina. Processava-se concomitante definição dos limites para o exercício da medicina, sua identidade e atribuições.

A organização da prática médica foi encaminhada com o reconhecimento e unificação das atividades médicas (cirurgião, físico e boticário) e do direito de exercício profissional a todos os formandos das escolas brasileiras. Com a vinda de D.João VI foi criada a primeira "organização sanitária do país, o serviço de saúde pública, atribuindo-se os cargos de "cirurgião-mor"[37] e "physico-mor"[38] respectivamente a José Correia Picanço e Manuel Vieira da Silva. Em 1809, cria-se o cargo de "provedor-mor[39] da saúde". Esta organização da Saúde Pública continha já os germes que um século depois daria no estado permanente. A instituição do físico-mor foi abolida em 1827 (Stepan, 1976:37).

Os médicos passaram a atuar ativamente na direção política e administrativa do país. Eram consultados sobre questões fundiárias, laudos legais, questões de paternidade, autorização de casamento, entre outras coisas, marcando posição de destaque e prestígio social na sociedade. A profissão médica se consolidava com o alcance de status, autonomia e exclusividade de mercado de trabalho. Somente em 1911 uma reforma do ensino médico retirou das faculdades o privilégio de monopólio profissional e declarou livre o exercício da arte de curar.

Apesar do processo de tentativa de desarticulação das terapêuticas populares com sua perseguição e punição após o momento em que a arte de curar passou à competência legal exclusiva dos médicos formados nas faculdades de medicina ou legitimados por elas, não tivemos o completo descarte das alternativas de cura não oficiais, posto que a medicina ocidental nunca foi suficiente para fazer a completa cobertura assistencial à população. Um grande contingente humano sempre permaneceu à margem da assistência efetiva.

É bom lembrar que no Brasil contemporâneo, 60% dos fármacos produzidos são consumidos por apenas 23% da população (Gerez & Pedrosa, 1987:15), dado que atesta a

---

[37] O cirurgião-mor e seus representantes tinham por responsabilidade dirigir e supervisionar hospitais, e serviços médicos hospitalares, bem como o ensino e exercício de cirurgiões, dos sangradores, das parteiras, dentistas, algebristas (indivíduos que colocavam ossos deslocados no lugar), aplicadores de ventosas e bichas (Singer, Campos & Oliveira, 1981:96)

[38] Ao physico-mor do Reino e a seus delegados nas capitanias competia tudo referente ao ensino e exercício da medicina, desde às questões entre médico e clientes ao exercício da farmácia, boticários, droguistas, curandeiros, cirurgiões que tratavam moléstias internas, profilaxia das doenças epidêmicas e saneamento das cidades (Singer, Campos &Oliveira, 1981:96).

[39] A criação do cargo de provedor-mor da Saúde da Corte e Estados do Brasil atendeu a finalidade de preservar o bem público e particular, sujeito a ser alterado por contágio comunicado por embarcações, passageiros e mercadorias que utilizavam o porto do Rio de Janeiro e demais cidades litorâneas. Seu regimento estabelecia as normas para a vigilância sanitária dos portos brasileiros, controle de mercadorias e alimentos, inspeção de matadouros e açougues públicos, vigilância das boticas, controle do exercício profissional da medicina com concessão de licenças para a prática da medicina e exames de farmácia e medicina para leigos (Singer, Campos &Oliveira, 1981:96).

criatividade dos brasileiros para lidar com problemas de saúde através do uso de alternativas médicas populares baseadas fartamente em plantas medicinais e/ou outros saberes considerados mágico-religiosos. As medicinas tradicionais e medicina popular são vitais nas situações nas quais as pessoas têm pouco ou nenhum acesso à medicina ocidental. Além disso, atesta-se a eficácia dessas medicinas quando se reconhece que cerca de 7000 compostos utilizados correntemente pela medicina ocidental são derivados de produtos naturais, a maior parte deles utilizados há séculos por curadores indígenas, europeus ou asiáticos (Elizabetsky, 1986:121).

Se o interesse é falar sobre o pensamento social em saúde no Brasil não se pode negligenciar a importância das medicinas dos índios do Brasil, das medicinas religiosas nem das crenças e práticas terapêuticas populares sob pena de apagar da história brilhantes capítulos sobre como pessoas lidam no isolamento, na miséria ou no cotidiano mais miúdo com a doença, a dor, o sofrimento e a morte. Como configuração médica pluralista [40], o Brasil comporta uma vasta riqueza de povos e culturas com as mais diferentes concepções sobre as doenças e suas curas. Sabendo que fatores sócio-culturais desempenham um papel significativo, e às vezes dominante, na distribuição da saúde e doença no seu reconhecimento está colocada a possibilidades de sucesso das intervenções biomédicas.

A despeito da hegemonia da Biomedicina, ainda hoje são mantidas áreas não beneficiadas pela extensão dos serviços de saúde ou mesmo sujeitas a uma prestação de assistência mínima e de qualidade deficiente. Nesses contextos as terapias não oficiais são os recursos disponíveis para confrontar o sofrimento, as dores e as doenças. Fato que não implica na ausência de reivindicações pela oferta de serviços oficiais de qualidade. Indivíduos à margem da atenção biomédica, quando indagados sobre suas necessidades em saúde, referem falta de médicos, hospitais e fármacos. Eles pedem médicos e não curadores tradicionais, um fato que demonstra que o cuidado médico moderno tem se tornado a primeira opção terapêutica para a maior parte das pessoas e doenças.

De todo modo, em 1957, contávamos com um total de 2.478 municípios dos quais 751 não dispunham de um único médico, o que significava um total de 13,3% da população brasileira sem cobertura assistencial (Mello, 1977:33; 105). Em 1960, o coeficiente médico por habitantes

[40] A sociedade brasileira define uma *configuração médica multi-sistêmica ou pluralista,* para adotar a expressão de Irving Press (1980:47), na medida em que está composta por mais de um tipo de medicina.

era da ordem de 1 médico para cada 2.500 habitantes. Número tornado mais significativo a partir da década de 60.

No período de 1960 a 1970, houve uma proliferação desordenada de Faculdades de Medicina sendo criadas, em média, cinco escolas ao ano; perfazendo-se o total de 73 estabelecimentos (Mello, 1977:179). Antes disso, o ritmo de formação médica foi lento; até 1960 havia apenas 27 escolas médicas no Brasil (Donnangelo, 1975:49). Atualmente, conforme dados do Conselho Federal de Medicina, contamos com exatas 100 escolas médicas no país.

Segundo dados, recolhidos em 1995, sobre a população médica do Brasil, apresentados pela pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil" patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Ministério da Saúde, com execução da Fundação Fio Cruz, atualmente temos uma população de 183.052 médicos. Desse total apenas 2% são aposentados; evidenciando-se um coeficiente de 0,84 médico/1000 habitante no Brasil. Comparado a outros países e respectivos coeficientes médico/1000 habitantes - Argentina 3,0; Canadá 2,2; EUA 2,4 e Itália -4,7 (Elias, 1996:86) - o Brasil está muito longe de atingir a saturação do mercado de trabalho médico. Contudo, permanece a ênfase tradicional na concentração dos médicos no setor urbano-industrial da sociedade brasileira, criando áreas descobertas de assistência médico-sanitária.

No nosso país, segundo a Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil (1996), a distribuição dos médicos não acompanha na mesma proporção a distribuição populacional. Enquanto apenas 24% da população vivem nas capitais, 65,92% dos médicos exercem suas atividades profissionais nestes aglomerados urbanos. Desse modo, o coeficiente médico/1000 habitante cai para 0,53 no interior e se eleva para 3,28 nas capitais. Se considerarmos, ainda, a distribuição dos médicos por grandes regiões nota-se que do total de 183.052 médicos, mais da metade está concentrado na região sudeste (59%); ao passo que a região Norte detém o menor contingente médico (3,1%).

Pelo que se percebe, o tradicional padrão de fixação residencial dos médicos nos principais centros urbanos do país atuou e continua atuando como incentivo para a manutenção das crenças e do exercício das práticas médicas não oficiais. Fato que estimula a manutenção de um perfil médico pluralista para o Brasil.

Faz algum tempo que o ocidente começou considerar que a possibilidade de êxito nos atos de cura da Biomedicina está vinculada às variáveis culturais, sociais, políticas e

demográficas. Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) centrou interesse no exame dos fatores de ordem biológica e sócio-cultural como as medidas que, por excelência, são capazes de assegurar alguma probabilidade de sucesso aos programas de atenção à saúde conduzidos nos países em desenvolvimento (Foster, 1987:709; Johannes, 1980:455).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, a OMS divulgou que 80% da população mundial recorre principalmente a recursos tradicionais para suprir suas necessidades em saúde. Na mesma ocasião essa organização alardeou mundialmente: "(...) *nosso propósito é provar que a participação comunitária no cuidado primário à saúde é o modo correto de se obter saúde para todos no ano 2000"* (Foster, 1987:716). A questão envolvia a busca pela total participação da comunidade no planejamento e manutenção dos serviços de saúde como forma de encorajar uma atmosfera de autoconfiança e autodeterminação. Tal constatação serviu como estímulo para a proliferação de estudos sobre o conjunto das várias medicinas não oficiais.

As medicinas não oficiais; suas nosologias, etiologias e terapêuticas, juntamente com as representações e práticas terapêuticas indígenas, caboclas ou populares, sendo de importância inegável ao pensamento em saúde constituíram-se como primeiros objetos de atenção por parte dos cientistas sociais. A área de conhecimento especializado, denominada *etnomedicina,* foi inaugurada especificamente com os estudos sobre as medicinas não oficiais. Segundo Foster (1975:427), a etnomedicina é o descendente direto do mais antigo interesse antropológico em instituições médicas de povos não ocidentais.

Todas narrativas e interpretações da sociedade brasileira demandavam a necessidade de dar conhecimento aos povos indígenas que aqui habitavam, de modo que isto leva ao desenvolvimento da etnologia no Brasil até o primeiro cartel do século XX (Fernandes, 1975b:119;124). O período que vai dos anos 30 ao 60, foi marcado pela profissionalização crescente dos antropólogos e suas predileções por questões indígenas. Conforme Mariza Corrêa (1988:94), data deste momento uma crescente especialização da antropologia no âmbito das Ciências Sociais, especialização que se expressou pela ênfase dada aos assuntos indígenas na pesquisa tanto quanto na atenção política. Assim também procedeu para o caso das pesquisas em Ciências Sociais sobre o tema saúde que demonstraram sua grande inclinação para populações indígenas.

No Brasil, por longo tempo, a etnomedicina dominou largamente a produção na área de antropologia médica. As medicinas indígenas constituíram-se em objetos recorrentes

juntamente com a medicina rústica[41], medicina folclórica[42], medicina teológica[43] e medicina popular, tendo sido abordadas por parte de médicos e/ou folcloristas e cientistas sociais.

Contudo, os folcloristas não raras vezes se limitavam a apresentar tais medicinas como um conjunto desconexo de superstições e exotismos colocados no mais baixo grau do desenvolvimento dos saberes médicos ou apenas praticavam o gosto por narrar histórias interessantes tidas como material folclórico[44]. Conforme a crítica de Alceu Maynard Araujo (1979:03): *"o folclorista – e os há muitos – apenas registra a curiosidade, o exotismo e não cogita saber de sua função social"*, por essa razão Maynard entendia-se como um estudioso afeito aos temas folclóricos que atuava como folclorólogo e não como folclorista.

No trabalho de Oswaldo Cabral (1957), típico folclorista, observa-se o esforço em recontar os estágios da evolução da medicina começando pela medicina mágica, praticada por feiticeiros tribais; passando para a medicina sacerdotal quando então o feiticeiro evolui para sacerdote; culminando na medicina naturalística, responsável por lançar as bases da medicina científica posto o reconhecimento de causas exclusivamente naturais como explicativos para as doenças. Nota-se a ênfase no caráter evolutivo das medicinas, ainda que com a ressalva feita pelo autor, da persistência e nunca completa superação de uma dessas medicinas pela sua superior sucedânea.

---

[41] O termo **medicina rústica** foi empregado por Alceu Maynard Araújo em trabalho vencedor do Prêmio Brasiliana, em 1959, em recusa ao termo "medicina popular" que ele considerou imperfeito por sugerir uma corruptela deteriorada da medicina científica. Medicina rústica seria aquela praticada por indivíduos do meio rural, resultado daquilo que ele chama de *"aculturações da medicina popular de Portugal, indígena e negra"* (Araújo, 1979:43). A pesquisa de Maynard foi conduzida na qualidade de representante do Instituto de Administração da Universidade de São Paulo e de associado da pesquisa de Donald Pierson sob patrocínio da Escola de Sociologia e Política de São Paulo e da Comissão do Vale do São Francisco, tendo como *locus* o baixo São Francisco. Gostaria de ressaltar a obra como das mais importantes sobre o assunto de que dispomos no Brasil.

[42] Por **medicina folclórica** alguns autores fazem significar o mesmo que **medicina popular**: um conjunto de conhecimentos tradicionais que se estendem desde os resquícios da medicina da antiguidade, medicinas indígenas, africanas e popular portuguesa.

[43] Segundo Oswaldo Cabral (1957:71), médico e folclorista, na **medicina teológica** existe uma explicação sobrenatural para os fenômenos ligados à perda, conservação ou recuperação da saúde. Trata-se de uma medicina cujos atos de cura encontram-se pautados em fé e crença. Entre nós as rezas, gestos e benzeduras consistiriam nos remanescentes populares da medicina teológica, seus filhos ilegítimos. O autor ressalta as diferenças entre a medicina teológica e os atos de curandeirismo e charlatanismo, os dois últimos reputados como perniciosos à saúde; ao passo que a medicina teológica pelo menos mal não faz.

[44] Os folcloristas, entendem folclore como: o conjunto das tradições populares e seu estudo. A palavra *"folk-lore"*, de dupla composição, incorpora dois significados: respectivamente "povo" e "saber". (Oswaldo Cabral, 1954:15). O termo foi criado, em 1846, pelo arqueólogo inglês William John Thoms (Pellegrini Filho & Santos, 1989).

Sá Menezes (1957:19), médico e professor associado da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, por sua vez, afirmou: "*Autóctone ou alienígena, portanto, o habitante das selvas brasileiras, 'brasílio-guaranis', no mais baixo nível de civilização, ou, melhor dito, sem civilização alguma, vivia sem Leis e sem Códigos, obedecendo ao pagé-curador, chefe espiritual, feiticeiro e sacerdote (...)*". Jósa Magalhães[45] (1966:30) fez dele as palavras de Krogman: "*a medicina dos ameríndios era uma curiosa mistura de fatos, fé, fraude e disparates, não se podendo dizer que essa combinação haja fracassado sempre inteiramente*".

Fatos considerados burlescos atraiam a atenção dos folcloristas, vide o trabalho de João Ribeiro (1919)[46] ocupado em registrar o uso de duas expressões com difusão nas medicinas populares praticadas na região norte do país: *empalamar* e *encarangar*[47].

Durante o predomínio do folclorismo se contam poucos trabalhos ocupados com o desvendamento da organização sócio-cultural de comunidades indígenas ou populares enfatizadas em suas relações com a questão da saúde e do posicionamento dos seus membros diante da doença e da morte. Prova contrária é obtida nos trabalhos de Araujo (1958; 1979). A partir de meados da década de 1940, observa-se pequena elevação no número de pesquisas de vertente analítica solidária ao exame das lógicas simbólicas, sócio-culturais e políticas das medicinas e suas práticas. Contudo, volto a frisar - uma pequena elevação – porque, de modo geral, a própria produção de um pensamento sociológico era ainda incipiente. Conforme Ortiz (1990:165): "*Até a década de 40, a produção do pensamento sociológico no Brasil se fazia dentro de um contexto em que literatura, filosofia, discurso político e beletrismo, se misturavam (...) Na verdade, não existia ainda um espaço específico, no interior do qual o saber sociológico pudesse se autonomizar, ele se espalhava pelas escolas de Medicina, de Direito, e pelos Institutos Históricos e Geográficos*".

Posteriormente, Édison Carneiro, ativo folclorista, encabeçou a luta pela incorporação, nos estudos folcloristas, de uma abordagem mais teórica como reação às críticas difundidas que

---

[45] Jósa Magalhães, membro da comissão cearense de folclore, recebeu o prêmio Cidade de Fortaleza de 1965, Seção Folclore pelo livro *Medicina Folclórica.*

[46] João Ribeiro é dos mais representativos folcloristas. Entrou para a história como o responsável pela "*formulação doutrinária da ciência folclórica e formulação dos fundamentos da metodologia de pesquisa*", segundo as palavras de Joaquim Ribeiro (1969:23). O que os folcloristas agradecem a Ribeiro é a introdução de uma orientação metodológica nas pesquisas folclóricas de forma a conceder-lhe um novo caráter não mais restrito a ser meras coleções de dados folclóricos. A crítica insiste em não perceber isso.

[47] Empalamados ou panemados encontram-se os sujeitos de cor amarelada, em estado lânguido, com ar de profunda tristeza e sujeitos a infortúnios. Os encarangados são os indivíduos que sofrem de retesamento e rigidez corporal

apontavam tais estudos como limitados a produzir trabalhos de caráter descritivo que, quando muito, assumiam um cunho difusionista ao tentar a interpretação (Vilhena, 1997:60). Mesmo assim, os estudos folcloristas foram caracterizados como periféricos e identificados a uma perspectiva pré-científica dedicada a compilar superstições e crendices.

Florestan Fernandes (1961:340) criticou abertamente os folcloristas, avaliando da seguinte forma suas contribuições:

"Esses autores primeiro restringiram a existência de uma cultura de folk às zonas rurais e suburbanas, depois, consentiram em admitir na conceituação as camadas mais baixas das classes urbanas, em que, segundo lhes parecia, deveriam ocorrer também os fatos relativos à cultura tradicional, dada a impossibilidade de estes indivíduos acompanharem o desenvolvimento da sociedade. Seriam conservadores, tradicionalistas e por isso entre eles se poderia estudar as sobrevivências, entre as quais se incluíam as 'superstições' e as 'crendices'. E em conseqüência, o folclore, que fornecia todo o material e as hipóteses que vimos, foi definido como 'ciência do saber popular', tendo por objeto o estudo dos grupos 'mais atrasados' nos povos civilizados".

Florestan reagiu energicamente à pretensão dos folcloristas de elevar o folclore à qualidade de uma ciência positiva autônoma.

Em 1951, por ocasião do I Congresso Brasileiro de Folclore, seus participantes defenderam a ampliação dos estudos dedicados à saúde, usando as seguintes palavras:

"Considerando que o papel das coisas médicas é de singular relevo no complexo do Folclore; considerando que a medicina cultivada às vezes encontra inspiração progressista no enciclopedismo inculto em sendo rigorosamente apreciados os fatos registrados; considerando que a medicina das pessoas incultas deve ser investigada dentro dos seguintes setores: a-)linguagem médica popular; b) a nosologia plebéia; c-) os meios e os modos vulgares de tratarem os doentes; d-) e esclarecimento a respeito daquilo que parece genuinamente vulgar, ao passo que deriva de classicismo arcaizado na ciência e arte médicas; e-) a apropriação do estudo a cada país, a cada região, a cada povo; considerando o relativo menosprezo ainda conferido, em medicina, à sabedoria popular – curioso celeiro de conhecimento. Sugerimos: I-

que seja dirigido razoável apelo à classe médica, através das respectivas associações, no sentido de melhor compreensão e maior interesse, em face do folclore, nas suas relações com a medicina (...)" (I.B.E.C.C. Anais, 1951:33).

Se as medicinas não oficiais pareciam aos folcloristas eventos curiosos, atividades de pessoas incultas, ainda assim não é adequado descaracterizar completamente a contribuição dos folcloristas. É preciso antes apontar o papel decisivo que exerceram na valorização dos estudos referentes às medicinas não oficiais. Além disso, foram eles grandes incentivadores dos estudos sobre cultura popular.

A ação dos folcloristas e a criação de instituições como o Instituto Nacional do Folclore, em 1958, impulsionaram consideravelmente a condução de estudos sobre a cultura (Villas Boas, 1991:31). Dentre suas atividades encontravam-se aquelas contempladas pelo *"movimento folclórico"* – o qual, segundo Vilhena (1996:126), tinha como objetivos básicos: *"desenvolvimento do estudo e da pesquisa do folclore nacional; apoio aos esforços para a preservação da nossa herança folclórica; e introdução do tema no ensino formal, definido como mecanismo que permitiria preservar a identidade cultural comum da nação, expressa de forma privilegiada por aquela herança".*

De acordo com Vilhena (1997:75), o movimento folclórico se viu derrotado ao longo do processo de consolidação do campo intelectual brasileiro e, no entanto, durante a década de 50 mostrou vigor e capacidade para responder aos dilemas intelectuais e institucionais que afligiam os nossos intelectuais. Contudo, seus membros foram reconhecidos menos por esse papel e mais pelos esforços de alguns deles em compor obras e trajetórias influentes em antropologia e sociologia (Vilhena, 1996:143).

No período de 1950 a 1985, os estudos sobre medicinas tradicionais encorparam, consideravelmente, a produção bibliográfica em Ciências Sociais em Saúde na América Latina como um todo. À frente deles encontram-se apenas aqueles sobre a questão dos serviços de saúde e do processo saúde-doença, sendo sucedidos por trabalhos sobre formação de recursos humanos em saúde. De acordo com Nunes (1992:39), os números estão desta forma dispostos em termos do total da produção científica da área: Serviços de Saúde – 36,3%; Processo Saúde – Doença –32,2%; Medicina Tradicional – 18,4% e Formação de Recursos Humanos – 13,0%.

Um campo de atividades aplicadas

Nota-se um ativo interesse, de parte dos cientistas sociais, por questões referentes à saúde, contemplando-se suas características culturais. Porém, a incorporação dos conhecimentos e competências desses homens nos programas de atenção à saúde se deu de maneira lenta e gradual. Apenas na década de 70 a convivência entre cientistas sociais e profissionais da saúde se viu estreitada, momento em que assistimos ao florescimento de suas estratégias performativas, críticas e analíticas, juntamente com a fermentação dos movimentos sociais em saúde ávidos pela reformulação do sistema de saúde no Brasil rumo à universalização dos benefícios sociais para a população.

Conforme assinalou Nunes (1985:433; 1999:155), os primórdios das relações entre cientistas sociais e profissionais da saúde foi marcado por severas tensões, cobranças e antagonismos que resultaram na imposição de desconfortável status aos cientistas sociais. A conseqüência mais imediata da disputa de interesses, dos jogos de estratégias e das relações de força que magnetizaram esses dois grupos sociais em interação foi obstaculizar a formalização de um discurso crivado pela hibridez biológico-social que funcionasse como eixo balizador para novo pensamento e ações em saúde. Bem sabemos que os enfrentamentos exigidos aos cientistas sociais quando das lutas de concorrência no campo da saúde não estão finalizadas e, no entanto, é interessante retomar as relações inaugurais entre cientistas sociais e profissionais da saúde.

Antes da década de 50, os antropólogos foram convocados para contribuir com programas de atenção à saúde. Porém, tratava-se de adesões esparsas e ocasionais. Desde o final dos anos 30 e durante a década de 40, o Serviço Especial de Saúde Pública admitiu necessidade de contratação de antropólogos. Na implantação do Serviço Especial de Saúde Pública na região Amazônica (1939-1946), o qual contou com auspícios da Fundação Rockefeller, as contribuições do antropólogo Charles Wagley foram de extrema relevância. Importante mencionar que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano, sob auspícios financeiros e técnicos da Fundação Rockefeller por razões estratégicas para o incremento da produção de borracha e manganês. O objetivo inicial foi conter a malária e febre amarela que dizimavam os trabalhadores vinculados à

exploração da borracha na Amazônia e do manganês no Vale do rio Doce. Posteriormente, nos anos 50, desvinculada da Fundação Rockefeller, o SESP expandiu sua área de atuação que passou abranger a Estrada de Ferro Vitória – Minas, o Vale do São Francisco. Expandiu também suas atividades para: assistência médica; educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle das doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina tropical (Braga &Paula, 1981:57).

O engajamento da Fundação Rockefeller em trabalhos de saúde pública internacional, como parte de programas mais amplos de assistência técnica, data do início do século XX (Foster,1975:428). Sob o pretexto da ajuda em programas de saúde, esse organismo internacional contava, desde 1913, com uma Comissão Internacional em Saúde que objetivava exportar para o mundo a experiência americana no tratamento da ancilostomíase, começada pelos territórios de conquista britânica e depois difundido para Ásia e América Latina. Em 1914, deram início à campanha contra febre amarela e, em 1915 contra malária (Ferreira, 1992:304).

Essa ação sanitária internacional de cunho aparentemente filantrópico era complementada por outros programas em educação, agricultura e promoção das elites. A estratégia era a difusão internacional de conhecimentos em saúde pública a qual, contudo, não deixou de ser denunciada como forma arquitetada para desenvolvimento de mercado e controle dos paises em desenvolvimento por parte dos Estados Unidos (Ferreira, 1992:305 -308). Não é incomum descrever-se as missões da Rockefeller como *"representantes científicas de políticas imperialistas"*, dado que os interesses norte-americanos na expansão de suas atividades econômicas converteram o tratamento das doenças infecciosas em problema econômico, deslocando seu caráter humanitário ou científico (Faria, 1995:111). No entanto, também não se deve esquecer dos benéficos e dos proveitos que retiraram os países de Terceiro Mundo destas atuações que cuidavam de montar um sistema de assistência que fizesse sustentação à expansão capitalista.

A Comissão da Fundação Rockefeller chegou ao Brasil em 1915 e em seu primeiro relatório anual, datado deste mesmo ano, demonstrou interesse em obter informações sobre as condições médicas e sanitárias do país (Faria, 1995:119). Em 1916, deflagrou as atividades interventivas com a abertura de um posto de tratamento e profilaxia da ancilostomíase em Rio Bonito, pequena localidade do interior fluminense. Em 1917, a Fundação havia consolido sua atuação, alargando suas atividades no combate à ancilostomíase para diversos estados do país

(Faria, 1995:121). Em 1937, obtivemos o patrocínio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller ao Serviço Nacional de Febre Amarela, primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional. Em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste também foi implantado com convênio da Fundação Rockefeller (Braga & Paula, 1981:55).

O fracasso da Fundação Rockefeller na transposição do modelo de combate à ancilostomíase, utilizado nos Estados Unidos, para fora daquele contexto foi útil para solidificar a conclusão sobre o fato que as necessidades de saúde dos países em desenvolvimento não podiam ser satisfeitas pela simples exportação de serviços de saúde dos países industrializados[48], seria preciso contemplar as peculiaridades sócio-culturais dos locais da intervenção.

Em se tratando da consideração da etiologia multi-fatorial das doenças cientistas sociais tem o que dizer. No Brasil, na década de 50, o envolvimento do antropólogo Kalervo Oberg na organização dos serviços de atenção à saúde foi viabilizada pela sua participação e atuação junto ao Institute of Social Anthropology. Congregando uma equipe de antropólogos dispersa por vários países da América Latina, a tarefa incumbida aos membros do Institute of Social Anthropology era o estudo de grupos locais com a finalidade de determinar como a medicina ocidental poderia ser tornada mais atrativa e como se poderia padronizar em cada país a experiência da introdução dos serviços médicos recém implantados (Foster, 1984:850). O interesse estava posto na composição de um saber especializado sobre a comunidade, sua estrutura social, formas culturais e crenças e práticas médicas tradicionais de seus membros, de maneira a permitir uma aproximação médica estrategicamente adequada e respeitosa as particularidades sócio-culturais características das comunidades aonde as intervenções tivessem lugar.

Os estímulos para os estudos aplicados sopravam dos Estados Unidos a partir de vários lados e atingiam toda a América Latina. Um dos lados, o desenvolvimento da antropologia médica que havia adentrado os círculos das Escolas de Saúde Pública de Harvard e das escolas médicas de Yale, Cornell, Washington, São Luis, Nova York, Colorado e Carolina do Norte. Naquele país, o entusiasmo em torno da antropologia médica já havia sido notado, em 1951, por

[48] Em 1916, a Rockefeller apoiou um programa para a erradicação da ancilostomíase no Ceilão (atual Sri Lanka). Em 1922, com o término do programa, a ancilostomíase era ainda endêmica. Concluiu-se que a intervenção médica e sanitária fora inoperante frente a certos comportamentos e crenças tradicionais que mereciam terem sido considerados em conjunto com os aspectos somáticos da doença e com a dimensão sócio-cultural que presidia o seu aparecimento.

ocasião da realização de um Simpósio de Antropologia que contou com um amplo segmento de debates sobre "*applied anthropology in medicine*" sob coordenação de William Caudill. Tratou-se do momento de reafirmação da fecundidade dessa especialidade da antropologia para o destaque das raízes sociais das doenças e aplicabilidade de conhecimentos produzidos. Outro lado, o crescimento da produção intelectual do campo da sociologia médica, durante os anos 40 e 50, confirmado pelo volume considerável de estudos sobre a epidemiologia social da doença[49]; relação médico-paciente; profissões de saúde e estrutura da prática médica que acabaram por levar ao reconhecimento formal da sociologia médica por intermédio da criação de uma seção com este nome na *American Sociological Association*, no ano de 1959. (Olesen, 1975:422). O desenvolvimento da medicina social, com a intensificação de sua produção intelectual durante as décadas de 20 e 30, também instigou positivamente a definição de orientação aplicada para campos da antropologia e sociologia médica.

Como membro do *Institute of Social Anthropology*, Kalervo Oberg trabalhou no planejamento sanitário de algumas comunidades brasileiras sob auspícios do Institute of Inter-American Affairs, mantendo vínculo com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O *Institute of Inter-American Affairs*, ancestral da *U.S. Agency for International Development*, contava com uma divisão de Saúde e Saneamento que atuou no Brasil após a celebração de convênio bilateral Brasil-Estados Unidos, realizado em 1942. Seus grandes objetivos: higienizar e sanear; aumentar a produção material em zonas de más condições de saúde; estimular a confiança e os êxitos da democracia no Brasil e elevar a higidez das tropas das forças armadas e aliados norte-americanos. Como se percebe tais interesses faziam lembrar a atuação da Polícia Médica, típica do período mercantilista na Alemanha, pois assinalava o aspecto social dos problemas de saúde e, exibindo uma concepção de poder, empreendia uma associação entre saúde e economia, estimulando medidas de administração pública que resultassem no aumento da riqueza.

Na época, o interesse na formulação de estratégias sanitárias para os países em desenvolvimento articulava-se aos interesses das agências de financiamento internacional que enfatizavam a saúde como uma relação entre custos e benefícios e, com base em argumentos de

[49] A epidemiologia social, no parecer de Jaime Breilh (1991:67), não pode ser entendida como justaposição dos métodos das Ciências Sociais com os da Epidemiologia. Trata-se de uma perspectiva que permite a assimilação do materialismo histórico aos estudos dos princípios de determinação e distribuição das doenças, permitindo desbancar a ilusão da igualdade que os homens experimentam frente ao risco de adoecer. A epidemiologia social se ocupa do exame da distribuição da doença segundo as classes sociais e seus perfis patológicos característicos.

natureza econômica, defendiam-se as intervenções de cunho preventivo, uma perspectiva explicada pela adesão às atitudes normativas da Medicina Preventiva. Conforme Arouca (1975:85), a Medicina Preventiva, diferindo das condutas preventivas, é uma formação discursiva que emergiu num campo formado por três vertentes: 1- Higiene; 2- discussão dos custos da atenção médica e 3- redefinição das responsabilidades médicas surgidas no interior da educação médica. Uma questão importante é que pacientes avaliam o cuidado a saúde em termos do alívio do sofrimento e não por meio de cálculos matemáticos, eles valorizam mais os atos curativos que preventivos. Isso explica as falhas de vários programas de saúde pública. Enquanto as necessidades curativas não se vêem satisfeitas não se pode apostar no pleno sucesso das intervenções preventivas.

Mas antes de tratar do pensamento preventivista como uma das formas assumidas pelo pensamento social em saúde no Brasil cabe situar uma outra forma que o antecedeu no tempo.

O pensamento higienista

> *"Só os brasileiros não serão homens porque tem algumas lombrigas. Pretexto médico para campanhas de saneamento, pretexto político para mensagens e discursos de salvação pública".*
>
> *Afrânio Peixoto*

Em 1876, reformas no Museu Nacional criaram a seção de Antropologia (Corrêa, 1998:49). Somente em 1919 criou-se a Faculdade de Ciências Políticas e Econômicas do Rio de Janeiro; em 1933 fundou-se a Escola Livre de Sociologia e Política em São Paulo; em 1934 a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de São Paulo Faculdade e em 1935 a Universidade do Distrito Federal onde também se alojavam cursos de Ciências Sociais (Santos, 1978:21-22). Dada a criação tardia desses centros de produção intelectual, as Escolas de Medicina da Bahia e a

do Rio de Janeiro (até 1910 as únicas do país) caracterizaram-se como os mais ativos espaços de cultura geral e pólos de geração do pensamento social no Brasil[50].

O crescimento numérico das instituições de ensino superior foi observado a partir da I República quando então foram criados 64 estabelecimentos de ensino superior; de 1930 a 1949 fundaram-se 160 escolas superiores; de 1950 a 1960 mais 178 estabelecimentos foram criados (Fernandes, 1975a:102). A aceleração na criação de instituições de ensino superior, sobretudo a partir da década de 50, respondia a necessidades educacionais mais ou menos novas. Naquela ocasião as comunidades urbanas dotadas de funções metropolitanas requeriam um tipo de ensino superior que fosse capaz de responder às exigências intelectuais, sociais e culturais da civilização urbano-industrial (Fernandes 1975a:102).

Muito embora uma nova disposição das universidades tenha tido palco nos anos 50, já no século XVIII o Brasil assistiu ao surgimento de uma elite composta por viajantes, negociantes, militares, funcionários públicos, intelectuais, entre outras frações da sociedade, contrários à exploração econômica da metrópole e defensores de idéias emancipatórias marcadas por uma nesga de sentimento nacional que só viria ser alargado nas últimas décadas daquele século. O pensamento científico da segunda metade do século XVIII foi marcado pelo interesse na história natural[51] em todos os seus ramos, mas muito especialmente pela botânica. A presença de uma concepção pragmática da ciência deu origem, nos fins do século XVIII, à criação de jardins botânicos que deveriam cumprir o papel de responder ao interesse da metrópole em conhecer as espécies vegetais brasileiras e promover a adaptação de plantas vindas de outras regiões suscetíveis de se aclimatarem no Brasil. Os jardins botânicos nesse momento histórico, se transformaram em instituições políticas com os trabalhos voltados, inicialmente para as plantas medicinais (Domingues, 2001:28).

Quanto às academias surgidas no Brasil do século XVIII, reconhece-se que eram predominantemente literárias, marcadas pela erudição livresca e arte retórica, de maneira que quase nada contribuíram para a elaboração de um pensamento científico, exceção feita à

[50] É preciso lembrar que também a Escola Nacional de Belas Artes, a Academia Militar; juntamente com as Faculdades de Direito de Olinda, Pernambuco e São Paulo, criadas em 1927, foram palcos de gestação do pensamento social no Brasil.

[51] A história natural, segundo Diderot e D'Alembert, abrange todo o universo, sendo seu objeto tão extenso quanto a natureza, interessa-lhe: o ar, astros, vegetais, minerais, o globo terrestre e os animais, dentre eles os homens.(Leite, 1995:07)

Academia Científica do Rio de Janeiro que, instalada pelo marquês de Pombal em 1772, e composta por médicos, cirurgiões, botânicos, farmacêuticos e curiosos objetivava a formação de uma comunidade para estudar todas as coisas que se pudessem observar no continente pertencente aos reinos vegetal, animal e mineral (Silva, 1988: 860;862; 864).

O momento era de declínio do *pacto colonial*[52] e a sociedade reagia contra o poder real. Momento de criação e expansão desordenada das cidades, associadas à exploração do ouro; a balbúrdia grassava: epidemias, febres, focos de infestação, conduta anti-higiênica dos cidadãos, a moralidade tida como repreensível dos prostíbulos e de outros sujeitos, os corpos alheios de si e doentios circulantes. Tudo isso criava um cenário de caos e desordem social. Conforme Lourival Ribeiro (1971:35) as condições de saneamento no Brasil à época da colônia e Império eram extremamente precárias, ficando a cargo da água da chuva, dos raios do sol e dos urubus.

O conjunto negativo de fatos sociais, sanitários e políticos demandou medidas por parte do Estado no sentido de submeter as cidades e suas populações aos seus interesses de controle social. Entretanto, considerada a fragilidade e insuficiência dos dispositivos jurídico-coercitivos, adentramos o século XIX num cenário de completa desordem urbana que exacerbou os interesses no sentido de sua contenção e transformação.

Naquela altura, almejando romper com a tutela jurídico-administrativa de Portugal (e assim obter sua independência) a medicina se apresentou como aliada da luta contra a desordem colonial que obstaculizava o desenvolvimento do país, fazendo da higiene recurso prioritário de domesticação dos corpos e da vida urbana. O interesse político do Estado estava colocado na instauração da ordem social com a simultânea transformação dos indivíduos por meio da higienização das famílias da elite. Afora a elite outros cidadãos pouco importavam. Escravos, mendigos, loucos, vagabundos, ciganos, capoeiras, etc, continuariam entregues à polícia, recrutamento militar ou aos espaços de segregação higienizados como prisões e asilos (Freire Costa, 1983:33).

O Brasil Império inaugurou o primado da medicina higiênica como fundamento para disciplinarização dos indivíduos, condução da ordem social e saúde das cidades. O pacto entre medicina e Estado fora formalizado. Nesse período histórico, conforme Jurandir Freire Costa

---

[52] Por pacto colonial convencionou-se chamar a imposição de exclusivismo do comércio das colônias para com as respectivas metrópoles (Prado Júnior, 1994).

(1983:29): "*O Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas*". A saúde da população assentava-se como política de Estado uma vez ter sido igualada à saúde do Estado. Vê-se, portanto, que a saúde emerge como política de Estado concomitantemente com a criação do Estado Nacional.

Após esse percurso analítico, conclui-se que a saúde desde sempre se configurou em questão social, emergiu como questão de política de Estado com a constituição do Estado Nacional e intensificou-se como questão social no bojo da economia exportadora cafeeira.

Se no momento da criação do Estado Nacional, a abordagem política fora conjugada aos fenômenos referentes à saúde, desde antes uma social lhe havia sido agregada. Desde o início do século XIX ou, mais especificamente do ano de 1808, começamos notar a constituição de um estrato intelectual que, apesar de apoiado em instituições que foram inauguradas com o objetivo de salvaguardar e reproduzir o poder colonial, animava-se em refletir sobre questões referentes à saúde, cidadania e nacionalidade na sociedade brasileira. Entre outras coisas, esses intelectuais pensavam a saúde como "*questão social*" e buscavam soluções para os problemas de saúde e controle social levantados pelo intenso processo de urbanização por que passava a sociedade brasileira. Em 1830 um grupo de médicos, defensores do pensamento higienista, liderou a luta em favor da construção de hospícios para alienados, entendendo a estratégia como parte das necessárias medidas de higiene pública (Freire Costa, 1976:23).

Com o desvanecimento das ilusões acerca do destino do país após a abolição do sistema imperial, alguns desses intelectuais, médicos, engenheiros ou advogados de formação, interessados numa antropologia do brasileiro e no conhecimento do Brasil, acabavam por fazer também antropologia médica, uma vez operarem com seus temas, conceitos e métodos. Eram eles intelectuais tocados pelos problemas referentes à instauração do Estado brasileiro, homens ávidos pela modernização da nossa estrutura social e política, absolutamente retrógrada e marcada pelo servilismo político (Sevcenko, 1985:83). Ocupados com a análise social do país, esses intelectuais se posicionavam nos círculos da Medicina e o Direito. Eram hábeis em oratória e, instigados pelo desejo de formular uma imagem positiva do Brasil no exterior, só conseguiam atribuir validade às formas de pensamento que pudessem implicar em mudança social as quais, diga-se de passagem, eles se entendiam como os mais aptos a orientar e dirigir. Cadenciadas pelo tom liberal e pelo reformismo político, foram eles "*os primeiros intelectuais orgânicos da ordem burguesa e seus setores dominantes no Brasil*". A conclusão é de Madel Luz (1982) que

analisando a constituição das instituições de saúde pública no Brasil no período 1850-1930, observa que os intelectuais ativos entre os anos de 1870-1930 transitavam nas raias da ambigüidade. Por um lado, eram grandes artífices da ordem social que pretendiam ver plenamente instaurada no Brasil e, de outro, contestadores dessa mesma ordem quando se concentravam nos movimentos e associações de lutas políticas.

Conforme Nancy Stepan (1976), nas três últimas décadas do século mudanças sociais e políticas intensas se processaram na nação deflagrando efeitos sobre a ciência e preparando caminho para desenvolvimentos futuros. Em 1870, uma geração de intelectuais entrou em evidência ao questionar a eficiência do governo monárquico, a moralidade da escravatura e a qualidade da cultura brasileira.

Intelectual dessa cepa cujos desempenhos resultaram em importante contribuição para a constituição do campo intelectual brasileiro e da antropologia é exemplificado com Nina Rodrigues (1862-1906). Maranhense e professor da Universidade de Medicina da Bahia, ele é um dos antropólogos brasileiros de formação médica, tradição que no Brasil foi iniciada no século XIX, e que tantos nomes expressivos nos legou: Arthur Ramos, João Batista Lacerda[53], Froes da Fonseca, Bastos D'Avila, Roquete Pinto[54], René Ribeiro, Waldemar Valente, José Loureiro Fernandes, Oswald Cabral, Thales de Azevedo, entre outros (Consorte, 1996:133).

A expressiva presença de médicos nos primórdios da antropologia reflete não somente o interesse suscitado entre eles pela nossa diversidade física e cultural resultado da presença de diferentes grupos étnicos, como também ao fato de estarem entre os porta-vozes mais importantes para a melhoria da ciência brasileira.

Na produção de Nina Rodrigues consta uma fantástica variedade de assuntos que vão desde os de natureza mais estritamente médica, quanto os mais vinculados aos propósitos da antropologia de seu tempo. Estudos sobre patologias específicas ou epidemias, estudos sobre a questão racial e mestiçagem no Brasil; o exame das correlações entre raça e crime; a abordagem do nosso país em torno de seus atributos enquanto povo e nação; a denúncia contra as práticas denominadas como feitiçaria, a luta pela organização do serviço de higiene pública nacional e a

[53] Médico, que havia trabalhado no Hospital de Misericórdia do Rio, foi levado para o Museu Nacional a fim de organizar o trabalho antropológico (Stepan, 1976:44).

[54] Roquete Pinto (1884-1954) não escreve no mesmo período de Nina Rodrigues, período esse caracterizado por fazer do conceito de raça o termo pelo qual se pensa a nação. Roquete-Pinto esforçou-se por deslocar a centralidade do conceito de raça, apresentando a noção de cultura como mais adequada para se pensar o Brasil (Ribas, 1990:65)

cobrança do posicionamento da classe médica frente a estas e outras problemáticas concentraram ativamente a atenção de Nina Rodrigues. Sua influência sobre pensadores motivados pela idéia de progresso científico, tais como Afrânio Peixoto e Artur Ramos, dentre outros de seus discípulos que se espalharam pelo país tem sido referida como de grande teor[55]. Nina Rodrigues tipifica o intelectual aderido a uma das formas que pensamento social em saúde teve no Brasil: o pensamento higienista.

Na mitologia grega Esculápio, o deus da Medicina teve duas filhas: *Panacea*, deusa da cura e assistência médica e *Hygea,* deusa da higiene ou medicina preventiva. Ao invés de solidárias e colaborativas as filhas de Esculápio se revelaram competitivas pois se *Hygea* obtivesse pleno sucesso *Panacea* ficaria desempregada. Se *Panacea* fosse a preferida, como se demonstrou o caso, os conselhos de *Hygea* não seriam ouvidos (Landman, 1982:17). A disputa entre as duas parece persistir e, no Brasil, a instauração do pensamento higienista configurou-se como tentativa de conferir forças a *Hygea* a fim de instaurar seu primado.

Como outros "médicos-cientistas sociais" de seu tempo, o híbrido Nina Rodrigues era fascinado pela investigação empírica. Suas pesquisas enfocavam a realidade brasileira e, em particular, os problemas do saneamento sanitário, incluindo aí a identificação da urgência da organização e administração nacional; reformas urbanas e organização da população nas cidades. Temas sempre considerados a partir da análise estrutural da sociedade brasileira, sublinhada pelo desalento para com Abolição e República no sentido do cumprimento das expectativas de mudança histórica, progresso e competência legislativa. Ao debater a questão racial no país, ilustrado pelas teorias eugênicas da época[56] ou ao defender a efetivação de uma sólida administração sanitária, Nina Rodrigues interpunha a construção e consolidação do Estado Nacional como o nexo entre raça e saúde, seus temas mais habituais.

Em estudos de antropologia médica sobre a influência degeneradora da mestiçagem, como o realizado em Serrinha no interior da Bahia, buscava metodologias de pesquisa

---

[55] Sobre o assunto ver fundamentalmente Marisa Corrêa – "*As ilusões da Liberdade: A escola Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil*".

[56] "Eugenia" é o termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar "*o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto physica quanto mentalmente*" (Freire Costa, 1976:35). Dito de um modo sintético, o ideal da eugenia era aumentar o número dos "melhores" e acabar com os "piores". As idéias eugênicas chegam no Brasil classificadas como "temas culturais", em cujo centro estava o conceito de raça. Sobre o pensamento eugênico e suas estratégias de controle social remeto à: "*A medicalização da Raça: Médicos, Educadores e Discurso Eugênico*", de Vera Regina Beltrão Marques.

apropriadas para o isolamento das influências das causas múltiplas de ordem biológica das de ordem social que manifestassem efeitos sobre a degenerescência ou decadência dos mestiços[57]. Assim, para efeito do isolamento analítico dessas diferentes causas, as pequenas localidades pareciam locais perfeitos para pesquisas que "*deveriam ser completadas pelo estudo da capacidade social da população por meio do exame de sua potencialidade biológica escalonada sobre sua história médica*"(Rodrigues, 1899:04) - cuidados que ele fazia questão de tomar para comprovar rigor a suas pesquisas.

Nina Rodrigues (1891a:445) via na saúde um forte argumento para o convencimento da urgência de um Estado centralizador, confirmando a agregação de valor político à saúde. Sua insistente campanha a favor da unificação sanitária deixava a descoberto seu insubstituível interesse numa política administrativa rígida e centralizadora para o Brasil. Assim, quando defendia a organização sanitária de tipo estadual o fazia apenas com o propósito de preparar terreno para o almejado esquema de administração dos assuntos da saúde pública – o federal: "... *cumpre aos hygienistas brasileiros pleitear junto aos poderes estaduaes por uma organisação sanitária digna desse nome, colaborando todos por essa fórma na grande obra da futura unificação federal*" (Nina Rodrigues, 1891b:103).

É bom lembrar que em 1828, por decreto Imperial, as responsabilidades dos serviços de saúde pública, então centralizadas, foram repassadas aos municípios, exonerando-se o poder central de qualquer ingerência nos mesmos. Apenas em 1843, haja vista a comprovada ineficácia do modelo, o Serviço de Inspeção da Saúde dos Portos passou a ser incumbência do Ministério do Império. Em 1849, casos de febre amarela denunciaram a precariedade da organização sanitária de tipo municipal. Em 1850 tentou-se dar unidade aos serviços sanitários do Império mediante a criação da Junta de Higiene Pública responsável pela conservação da salubridade pública. Em 1851, a Junta passou a funcionar na corte e a ela encontravam-se subordinadas tanto as comissões quanto os provedores de saúde pública das províncias. Em 1891, tivemos a primeira constituição republicana da organização dos serviços de saúde, por seu intermédio atribuía-se aos

[57] A polêmica corrente na época, à qual Nina Rodrigues aderiu pode ser sintetizada da seguinte forma. De um lado encontravam-se aqueles que, como Saint-Hilaire, defendiam os mestiços como geralmente superiores a uma das raças às quais devem a sua origem (o negro). De outro lado, o grupo ao qual pertencia Nina Rodrigues que avaliava negativamente o mulato brasileiro, argumentando que o número de negros e mulatos que povoavam os hospitais e as prisões era sempre superior ao dos brancos. Em todo caso, só faltava completar dizendo que os negros compunham grandes populações no Brasil. Cinco a seis milhões de negros foram introduzidos no Brasil até a extinção do tráfico negreiro.

Estados o papel de prover e custear a necessidades de seu governo, reservando-se à União a responsabilidade dos serviços de Higiene relativos aos estudos das doenças, medidas profiláticas, contenção da disseminação de doenças exóticas e indígenas, controle sobre a prática da medicina e farmácia, análise de substâncias importadas e saneamento marítimo dos portos.

Adequando-se às determinações constitucionais os serviços de higiene foram entregues à municipalidade do Rio de Janeiro em dezembro de 1892, dando-se origem à criação da Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública. Em 1885, por ocasião da investidura do Barão de Mamoré fez-se a denúncia à precária situação sanitária do Rio de Janeiro, afirmando que do seu saneamento dependia o futuro do Brasil. De tal maneira, em 1886, assistiu-se à grande reforma dos serviços sanitários do Império que ficaram entregues a duas inspetorias: uma encarregada da higiene terrestre com ênfase na capital federal; e outra responsável pela higiene marítima que se organizava a longo dos portos do país (Hochman, 1998: 95).

Data de 1897, a reorganização dos serviços de Higiene que passou a ser de responsabilidade da União a partir da criação de um único órgão, denominado Diretoria Geral de Saúde Pública, DGSP (Singer, Campos & Oliveira, 1981:107). Como se nota, e como já foi brilhantemente tratado por Gilberto Hochman em sua pesquisa sobre a formação de políticas de saúde pública no Brasil: " *(...) durante o Império o desenho institucional da saúde púbica moveu-se lentamente rumo à unificação administrativa, buscando corresponder à eclosão freqüente de epidemias de febre amarela, peste e varíola nas cidades litorâneas e em zonas de expansão econômica e de imigração, a partir de meados do século XIX*"(Hochman, 1998:95):

Voltando a Nina Rodrigues, os Estados Unidos eram o recurso comparativo sempre à mão. Crítico freqüente do padrão de organização e prática da saúde pública de caráter municipal vigente naquele país, ele temia sua importação para o nosso território. A indisposição declarada decorria do conhecimento generalizado das fracassadas tentativas de reorganização da administração de saúde naquele país por meio da instauração de uma política nacional de saúde baseada na criação de Departamentos de Saúde em âmbito estadual e outros nos municípios[58].

[58] Esse esquema de planejamento americano, pensado sem sucesso por Lemuel Shattuck (1793-1859), desde 1850, foi reconhecido em 1869 quando entre as medidas para por fim à execução imperfeita das leis existentes, a partir daquela data e gradativamente até o ano de 1877, vários estados americanos criaram seus Departamentos de Saúde Estadual (Rosen, 1994:193). Em 1879, o Congresso Americano finalmente decidiu e legislou sobre a criação de um Departamento Nacional de Saúde, entretanto, a falta de agilidade acarretou interrupção no repasse de verbas necessárias para as atividades no ano de 1883, levando a sua extinção.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Apesar da vida breve o Departamento Nacional de Saúde Americano conseguiu provar, ao menos para Nina Rodrigues, que a organização nacional para os assuntos da saúde comunitária era adequada, porém não oportuna. Sua possibilidade de existência e de ação efetiva se via condicionada à resolução prévia de muitos problemas de saúde e bem-estar social em domínio municipal.

Nina Rodrigues pensava ao sabor desses acontecimentos. Mas se era afinado aos movimentos da reforma administrativa da saúde pública americana, não fazia coro com as vozes revolucionárias do movimento sanitário em curso na Inglaterra, França, Alemanha ou Estados Unidos no que diz respeito à compreensão da causalidade das doenças. O contrário era verdade, era mais um dentre os defensores da visão hegemônica na época: unicausalismo. Como um médico típico de sua geração e de seu tempo, Nina Rodrigues foi alheio ao multicausalismo e acatava, quanto à origem e expansão das doenças, a teoria dos miasmas. Teoria segundo a qual condições sanitárias ruins criavam uma atmosfera que era responsável pela causação de doenças.

A fim de introduzir a compreensão sobre o unicausalismo e multicausalismo convém esboçar brevemente o panorama médico da época, uma vez que o conhecimento em âmbito mais global das concepções dominantes e contra-hegemônicas, as conquistas da medicina no tocante à questão do conhecimento das causalidades das doenças servem para iluminar o teor dos pensamentos em saúde que circulavam pelo mundo à época em que Nina Rodrigues escrevia e que sobre ele exerceram notável influência.

Por longos anos, os estudos sobre a relação entre saúde e sociedade foram obliterados pelos ânimos promovidos pelos avanços científicos no campo do saber médico. A descoberta do sistema de circulação sanguínea pelo médico inglês William Harvey (1578-1657), divulgada em 1628 em Frankfurt, com a publicação da *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis Animalibus* (Ensaio Anatômico sobre o Movimento do Coração e do Sangue nos Animais), enraizou solidamente a noção do corpo como uma unidade eminentemente funcional. Paralelamente, vigorava a tendência clínica de interpretação patológica que, defendida por Thomas Sydenham (1624-1689), considerava a doença como entidade objetiva que se prestava à observação às cabeceiras dos leitos dos enfermos (Rosen, 1994:218). Posteriormente, o italiano Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) ao criar a anatomia patológica enfatizou que os sintomas patológicos poderiam ser investigados em lesões em órgãos internos e, portanto, constatáveis a partir de dissecações e autópsias.Refiro esses acontecimentos como os que estão

na origem da inauguração da tendência que vigoraria séculos afora - a tradição clínica - com a concomitante instauração do paradigma centrado na biologização dos modelos conceituais, até hoje hegemônico no campo da saúde.

No século XVIII, o Hospital emergiu como recurso terapêutico e de educação médica, colocando-se à disposição para o pleno vigor da tradição clínica (Foucault, 1977; 1984). Não mais mero espaço arquitetônico de aglutinação de enfermos, miseráveis ou viajantes a depender das inspirações caritativas dos cristãos, tais como os dispensários da Idade Média, o hospital concedeu amplitude à clínica. Não foi à toa que Demangeon disse: "*A clínica, e apenas a clínica, poderá renovar para os modernos os tempos de Apolo e Esculápio*" [59] (*apud* Foucault, 1977:58).

No hospital foi estimulado o aprendizado da arte médica mediante intervenções práticas e observação ao leito do doente. Conforme observou Philippe Áries (1990:623) as doenças, o sofrimento, as seqüelas fisiológicas saíram do cotidiano para adentrar os hospitais lá devendo permanecer, fato que teria marcado a passagem para o mundo da assepsia, da higiene, da medicina e da mortalidade inicialmente confundidas e que tem no hospital, com sua disciplina celular, seu modelo exemplar. A ciência clínica apresentava-se reforçando o estudo do caso, do unitário colocando-se como momento essencial da educação médica e da coerência científica.

Os impactos produzidos sobre a medicina em razão da velocidade dos avanços conquistados pela microbiologia, química e cristalografia, no século XIX, foram enormes. Tratou-se do momento de consolidação da teoria bacteriana da doença e da chamada medicina científica [60]. Os experimentos e as descobertas de Pasteur (1822-1895); os métodos de investigação das doenças infecciosas elaborados por Koch (1843-1910) são alguns dos elementos que permitiram abrir a senda para a multiplicação das descobertas de microorganismos patogênicos. Progressos científicos, de intenso significado no campo da bacteriologia, resultaram no fortalecimento da medicina organicista com a correlata negligência do coletivo na abordagem da doença e seus determinantes. Por conseguinte, o valor do estudo do caso, do individual, ou seja, a perspectiva meramente clínica foi fortalecida (Almeida Filho, 1989: 01- 02).

---

[59] Ressalto a frase como mostra do desejo de concessão das mais vastas potencialidades à prática clínica. É interessante lembrar que na mitologia grega Apolo, o deus da medicina curava valendo-se da raiz da peônia. Seu filho, Esculápio, tendo aprendido a arte da cura com Chiron, filho de Saturno, por sua vez aluno de Apolo, praticou de forma tão aprimorada a medicina que acabou morto pelos raios de Zeus, absolutamente irado com a baixa de almas aos infernos - efeito dos atos de cura de Esculápio.

[60] Sobre a questão do impacto da teoria bacteriana no desenvolvimento da medicina científica ver: Arturo Castiglione (1947).

Em síntese, as descobertas bacteriológicas e toxicológicas do século XIX impulsionaram aquilo que se convencionou designar visão unicausal do processo saúde-doença. O unicausalismo, concepção dominante no século XIX, considerava a causação estritamente biológica da doença. Para cada doença, um agente etiológico específico deveria ser identificado e posteriormente eliminado através de recursos químicos ou vacinas. Contudo, o unicausalismo hegemônico no transcorrer do século XIX, não ocupou com exclusividade a cena das análises sobre a causalidade das doenças. A perspectiva que salientava a participação significativa dos fatores sociais na freqüência e distribuição das doenças – o multicausalismo - já existia naquela época, mas a ele Nina Rodrigues e outros higienistas não foram atentos. A questão da causalidade social no tocante à produção das doenças fora lançada ao plano secundário (Possas, 1989:180). A postura anti-séptica da Higiene dominava.

A Higiene não foi apenas parte desse cenário, foi sua fundamentação. O estudo oficial da Higiene começou no Brasil no ano de 1812, com a criação de uma cadeira conjunta de higiene, etiologia, patologia e terapêutica na Escola de Medicina e Cirurgia de São Paulo, conforme orientação da reforma do ensino médico então realizada. Naquela mesma ocasião foi criado um Laboratório de Higiene, anexo à cátedra de Higiene, sob auspícios da Fundação Rockefeller, cujos objetivos vinculavam-se à preparação profissional de dedicação à saúde pública (Singer, Campos & Oliveira, 1981:137).

A Higiene não se tratava de uma ciência, propriamente dita, mas de uma aplicação prática de muitas ciências. Conforme Afrânio Peixoto (1917:07), responsável pela publicação do nosso "*primeiro compêndio didactico de Higiene*": "*a Higiene se define como um conjunto de preceitos, buscados em vários conhecimentos humanos – na medicina e em outros – visando poupar a saúde e dela cuidar*". Falando sobre a importância da era bacteriológica para o desenvolvimento da Higiene, diz Afrânio Peixoto (op.cit: 08):

"Com o advento da era pastoriana a causa-germen se estabeleceu com uma notável precisão, dando á Higiene suas primeiras noções scientíficas. Em campo tão fértil e de tantas seduções o exagero era fácil: no laboratório o ponto de honra era descobrir, ao menos, um micróbio novo, na clínica era inventar uma doença desconhecida. O bacteriologismo foi moda, de transição, como as outras...O solo, a agoa, o ar... tudo tinha um aspecto calamitoso, recheado de bactérios, contados, cultivados, classificados, coleccionados, possibilidades de perigo, senão

ameaças ou já agressões por toda a parte...Corrigido o excesso, naturalmente, as aplicações práticas, as medidas de asseio, de protecção, ficaram com o remanescente dessa era brilhante de estudos médicos. A antisepsia tinha que anteceder fatalmente á asepsia, a que chegamos"

Como um homem de seu tempo, Nina Rodrigues, foi cativo do unicausalismo e surdo ao movimento ideológico orientado pelo multicausalismo. Foi o médico Nina Rodrigues (1892:448-449) que se perguntou: "*Quais as leis necessarias para a completa actividade da nossa profissão beneficente?*", para responder procedeu à enumeração prescritiva de uma longa série de causas sociais que naturalizadas[61] foram tomadas como precipitadoras ou esclarecedoras das doenças, justificando medidas para o saneamento racial, o saneamento ambiental e a vigilância sanitária, vejamos:

"*Respondemos: as que se relacionam com o estado social do povo para a prevenção das moléstias. Ellas tendem com a abundancia e pureza do abastecimento d'agua; com habitações próprias para a classe operária sem aglomeração ou deficiência de ar e luz: com os alimentos falsificados ou alterados; com a drenagem completa; com a desinfecção dos excrementos; com aprecaução dos rios e correntesas menores contra qualquer polluição; com a regulamentação das horas de trabalho; com a proteção da infância; contra a imposição de excesso de trabalho e a sua educação apropriada em estabelecimentos commodos e sadios; com a limpeza das ruas e plantação nas cidades de arvores frondosas para a proteção contra o intenso calor solar e pelo poder de decomposição de suas folhas para os miasmas e os gases deletérios: como estabelecimento de banhos públicos: com as operações de quarentena para prevenir a invasão de pestilência e o desembarque de emigrantes com moléstias perigosas aos outros; com o isolamento de pessoas atacadas de moléstias infecciosas e a desinfecção dos locaes; com o socorro em domicilio ao doente pobre; o impedimento dos casamentos consangüíneos e dos que trazem typos destructivos de constituição orgânica; com a admoestação à sociedade das más consequencias do abuso do cérebro, a base material da consciencia porque assim a vontade livre torna-se enfraquecida e os pacientes irresponsáveis e muitas vezes*

[61] Por "naturalização" de causas sociais pretendo significar o processo de destituição do caráter predominante social dos determinantes da doença e sua transformação em causas meramente naturais.

mentalmente arruinados; com o registro das estatísticas vitaes: e finalmente com a repressão dessas duas gigantescas calamidades da civilisação: a intemperança e a prostituição."

Calcada no unicausalismo, a Higiene como concepção que desenhava o horizonte da saúde não era cega às questões de natureza social. Entretanto, reconhecendo-as, faziam delas objetos de manipulação ilegítima. É verdade que Nina Rodrigues objetivava desvendar as causas sociais que explicavam a decadência da população mestiça em termos de sua tendência ao crime, à indolência, à doença mental, ao comodismo, à inconstância, ao alcoolismo, entre outros tantos aspectos negativos que ele enxergava junto da cor parda; mas o médico parecia prevalecer sobre o cientista social quando nos seus estudos sobre degenerescência as causas sociais de seu interesse eram naturalizadas ou circunscritas às condições locais, climáticas, higiênicas e sanitárias. Não lhe ocorria acrescentar a doença, miséria ou os elementos técnico-ideológicos que sustentavam as desigualdades sociais (entre eles as próprias teorias raciais) como deflagradores da degenerescência manifestada como doenças mentais ou outras desordens que ele definia como "*afecções graves do sistema nervoso*". Ao final de suas pesquisas ele sempre podia provar a tese racista ao gosto do pensamento eugênico: "*O cruzamento de raças antropologicamente tão diferentes como são as raças branca, negra e vermelha, resultou num produto mal equilibrado e de frágil resistência física e moral, não adequado ao clima do Brasil nem às condições de luta social das raças superiores*" (Rodrigues, 1899:14). Mais tarde Roquete-Pinto redimiu essa injustiça histórica quando reconheceu não ser o cruzamento entre raças responsável pelo aspecto débil dos mestiços e sim a doença que os acometia (Ribas, 1990:67)

Se a medicina representava a forma de intervenção política autorizada sobre os corpos para efeito de sua domesticação, dela se esperava contribuições para o fortalecimento do poder do Estado com a conseqüente constituição de uma nação hígida e próspera. A saúde do Estado, antecedendo a tudo, deveria ser buscada e preservada. Um Estado mestiço negaria a possibilidade de uma saúde viável. Um Estado que assistisse à fragmentação de seu poder entre municípios denunciaria frágil saúde. Diante desses fatos, os médicos eram instigados aos mais grandiosos compromissos e expectativas. Conforme Nina Rodrigues (1892:448): "*(...) é ocasião oportuna para inaugurar medidas que collocarão a profissão médica em sua verdadeira relação com os negocios publicos. Não ha outra profissão que exceda a nossa em capacidade positiva para*

manter a ordem, o conforto e as virtudes publicas. Possuímos vasta capacidade para a direção da sociedade e a promoção da felicidade humana".

Nota-se como as conjunturas política, econômica e sócio-histórica, pós-dissolução do sistema imperial deram origem à produção de um pensamento em saúde com conteúdo fortemente intervencionista e de controle social, considerada a defesa da interferência médico-social na regulamentação das relações sociais que deveriam estar atualizadas com a lógica do Estado. Ganhava força um discurso disciplinar e higiênico que concedia às elites a tarefa de pensar estratégias para a viabilidade de um país tido como marcado negativamente pela mestiçagem, percebido como destituído do caráter enérgico e resoluto que caracterizava o povo americano, por exemplo, e que não sabendo corrigir os erros da centralização da organização da saúde pública dominante no Império apenas a descartara como uma forma asfixiante de pensar as questões referentes à saúde no Brasil. Estas foram as idéias e características do pensamento higienista ancestral, que destituído de sua feição eugênica deu seqüência no curso da história influenciando gerações de intelectuais até um passado ainda recente.

Persistindo na trajetória do pensamento social em saúde

Na primeira metade do século XIX, a evolução da Saúde Pública na França foi impulsionada pelo agravamento das tensões e das precárias condições de vida e trabalho da população, decorrências das transformações impostas pelo industrialismo. Ao mesmo tempo a França era o país que contava com a teoria política e social mais avançada. Um período que George Rosen (1994:198) assim comentou: "*Afinal estávamos no tempo de Fourier, Saint-Simon, Comte, Cabet, Buchez, Considérant, Blanc e Proudhon, e havia um montante de fertilização cruzada entre Ciências Sociais e Saúde Pública*". É, portanto, compreensível que na França, ambientado pelo movimento revolucionário de 1848, Guérin tenha cunhado o termo Medicina Social para nomear um campo de saberes e práticas cujas responsabilidades se fixavam no exame dos aspectos sociais relacionados à extensão total dos fenômenos de saúde e doença (Garcia, 1985:22).

Vários estudos têm se dedicado ao exame da penetração dos aspectos sociais no pensamento e ação hegemônicos no campo da saúde, resultando em contribuições significativas para a compreensão das condições da emergência histórica da Medicina Social (ver: Rosen, 1994; Foucault, 1977; Garcia 1983; Almeida Filho, 1989; Nunes, 1985, 1999).

A Medicina Social teria por característica fundamental um novo enfoque ao processo saúde-doença, abrangendo a proeminência das questões sociais como determinantes causais do processo saúde-doença. Contudo, o estabelecimento dessa tendência de pensamento contou com empecilhos ponderáveis uma vez que sua consolidação culminou num projeto inicialmente malogrado. Disposta de novo fôlego, mais tarde a Medicina Social se estabeleceu primeiramente na Inglaterra e somente depois se difundiu por toda a Europa. Nos EUA, a veiculação do termo Medicina Social foi dificultada pelo macarthismo, característico da década de 50, motivando sua substituição pelo termo Medicina Preventiva como alternativa de escape às perseguições que a adjetivação "social" suscitava, razão de sua suposta vinculação a socialismo.

Na Alemanha, desde o final do século XVIII, a medicina assumiu caráter estatal. Vivia-se intensamente a era da medicina de Estado cuja pretensão era a melhoria do nível de saúde da população tendo por inspiração interesses cameralistas pautados pela idéia de prosperidade e poder nacionais. O programa do estado alemão para a melhoria da saúde da população era a Polícia Médica[62].

A Polícia Médica defendia, para efeito do aumento da população, as seguintes orientações políticas: incentivo a formação de parteiras habilitadas, práticas de controle das doenças infecciosas, limpeza de ruas, controle da pureza do ar, controle da qualidade dos alimentos, manutenção de médicos à disposição da população, etc (Rosen, 1980:144). Ao enfatizar a medicina como instrumento de intervenção e controle social, a Polícia Médica estimulou uma geração de médicos a lutar em favor de reformas sanitárias afinadas com a consideração das condições sociais e econômicas que guardam efeitos importantes na etiologia das doenças.

Rudolf Virchow, Solomon Neumann e Rudolf Leubuscher tornaram-se os nomes mais conhecidos dentre aqueles que entregaram seus esforços para a promoção da medicina social e a

[62] O termo Polícia Médica (*politéia*, do grego: constituição ou administração de um estado) foi criado por W.T.Rau em 1764, a difusão do conceito e da idéia foi obra de Johann Peter Frank (1745-1821), médico alemão conhecido como pioneiro da Saúde Pública (Rosen, 1980:143).

correlata valorização das causalidades de ordem econômica e social no processo de produção das doenças. Em torno dessas figuras a concepção multicausal das doenças deixava de ser mera retórica para, enfim, ganhar legitimidade.

Podemos perceber o quanto distantes do unicausalismo estavam médicos como Virchow (1821-1902), quando consideramos sua posição a respeito da influência das condições sociais sobre a saúde: "*As epidemias não apontarão sempre para as deficiências da sociedade? Pode-se apontar como causas as condições atmosféricas, as mudanças cósmicas gerais e coisas parecidas, mas em si e por si, estes problemas nunca causam epidemias. Só podem produzi-las onde, devido às condições sociais de pobreza, o povo viveu durante muito tempo em uma situação anormal*" (apud Barata, 1990:19). Virchow dizia: "*a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social*" (apud Possas, 1989:181).

Entretanto, na Europa, o agravamento das condições de saúde da população, em decorrência do crescimento urbano e industrial acelerados motivou certa dedicação negativa ao multicausalismo, resultando na construção das principais teorias da multicausalidade (Possas,1989:183). Essas formulações multicausais mais tardias, nascidas no bojo das epidemiologias clínica e ecológica, influenciadas pelas idéias positivistas acabaram dando origem a uma abordagem ontológica do processo saúde-doença[63] e à obliteração dos fatores sociais de produção de desordens biológicas. Em todo caso, deve-se reter que o multicausalismo, em sua feição mais apurada, configurou-se num dos conceitos básicos do discurso preventivista.

Entre os anos de 1922 a 1950, nos Estados Unidos e Canadá, assistiu-se ao momento de efervescência da Medicina Preventiva com a introdução de Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas O discurso preventivista transitava largamente fortalecido pela confiança de que representava o ponto alto da evolução histórica da medicina – o médico deveria: "*evoluir da medicina terapêutica à medicina preventiva*" (Arouca, 1975:98; 100).

Articulado ao processo em curso de reformulação do ensino médico, o discurso preventivista incentivou a adoção de um conceito compreensivo de homem caracterizado pela conciliação das abordagens biológicas às sociais. Um novo conceito de saúde ganhava lugar possibilitado pela compreensão da história de vida do homem entendida como processo.

---

[63] A abordagem ontológica do processo saúde-doença implica em considerar a morbidade como espécie de desígnio inevitável que se abate sobre os homens, uma espécie de poder maléfico que penetra o corpo gerando-lhe danos identificáveis na forma de doenças (Almeida Filho, 1989:10)

A disseminação da atitude preventivista e a confiança no seu potencial de transformação das coisas da saúde ganharam o mundo e os cientistas sociais também fizeram ali suas apostas. As reformas do ensino médico, encampadas após os seminários de Medicina Social e Preventiva de Viña Del Mar (Chile) e Tehuacan (México), patrocinados pela Organização Pan-americana de Saúde e realizados respectivamente em 1955 e 1956 com o propósito de avaliar o ensino da medicina preventiva e social foram fundamentais para a introdução e fortalecimento do movimento preventivista no Brasil, tendo concedido maior abertura pedagógica às Ciências Sociais na educação das profissões de saúde[64]

A abertura de espaço para atuação pedagógica de cientistas sociais em ambientes educacionais da saúde foi motivada pelas exigências da reforma do ensino que trazia como uma de suas propostas a incorporação de *"conhecimentos bio-psico-sociais"*. Tratava-se da frágil tentativa de reação ao mecanicismo e biologismo dominantes, porque a noção do todo "bio-psico-social" não carregando uma base conceitual sólida a respeito do social corre o risco de se transformar em recurso de elegantização de análises organicistas.

É preciso explicitar a relação entre preventivismo e economia. Foi tarefa dos neoclássicos transformar a questão da saúde em legítimo problema de economia. Segundo um desses autores, Mushkin: *"Economia de saúde é o campo de investigação cujo tema é o uso ótimo de recursos para o cuidado de doentes e a promoção da saúde. Sua tarefa é avaliar a eficiência da organização dos serviços de saúde e sugerir meios de melhorar sua organização"* (*apud* Braga & Paula, 1981:19-20). Há reducionismos sérios aí implicados. O primeiro deles, considerar a saúde estritamente sob enfoque do gerenciamento do cuidado. Tudo se passa como se bastasse alterar a forma de administrar cuidado para obter promoção dos níveis de saúde de uma população. O segundo, é desdobramento do primeiro: como saúde aparece submetida a interesses econômicos ignoram-se os fatores perversos e geradores de doença peculiares ao capitalismo. Silencia-se quando problemas tais como os impactos do processo de produção na qualidade de vida do operariado, a fome, desnutrição e a exclusão social promovidos pelo capital. Melhoria na saúde significa mais que administrar controles sobre custos de serviços, implica em

---

[64] Estes seminários foram resultados da adesão de organismos internacionais à nova doutrina e seus esforços para fazer a internacionalização da Medicina Preventiva como movimento ideológico.

focalizar também os elementos perversos da reprodução do capital que funcionam como patógenos.

Mas, essa fórmula foi mundialmente invertida por um dos membros da família idealista do capital: a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1952, partindo da tese neoclássica de que a saúde da população é um elemento importante no processo de desenvolvimento econômico, a OMS rendeu-se à idéia que um país é pobre porque é doente, e desse modo, passou a defender que a melhoria da saúde seria capaz de transformar por si só o padrão de desenvolvimento de uma dada economia e, por conseguinte, erradicar a pobreza. Note-se a inversão nas relações de determinação[65] que num desenvolvimento subseqüente passou a ser conhecida como *"modelo de causação circular"*, dada sua característica de círculo vicioso de pobreza e doença, conforme expresso na tese de Gunnar Myrdal: *"as pessoas são doentes porque são pobres; empobrecem porque são doentes e ficam ainda mais doentes porque estão mais pobres"*.

No Brasil, a adoção dessa perspectiva transformou em questão central o reconhecimento da necessidade de eliminação das péssimas condições de saúde da maioria da população brasileira tidas como entraves ao desenvolvimento econômico (Escorel, 1998:25). A economia, entendida como base da determinação das condições de saúde, veio a justificar o chamado *"sanitarismo desenvolvimentista"*, defendido pela CEPAL (Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina) que visava ao crescimento econômico do país pela via do processo de substituição de importações e pela implementação de programas setoriais, regionais e integrados.

A visão cepalina, sendo de nota positivista, considerava a sociedade como composta por setores ou sistemas sociais autônomos de modo a supor-se a possibilidade de gerar transformações na sociedade a partir de qualquer um desses setores. A medicina como um desses sistemas teria, por conseguinte, o poder de transformar a sociedade. Esta concepção, tendo seu fulcro no modelo de causação circular, revelou-se incapaz de explicitar adequadamente a relação

---

[65] Organizações multilaterais como FMI e Banco Mundial são também solidárias à idéia de que melhoria em saúde é igual melhoria no padrão de desenvolvimento econômico. Em 1993, no seu famoso relatório *"Investing in Health"*, o Banco Mundial reputou programas de saúde do setor público como ineficientes e responsáveis por impedir a redução da pobreza. Nesse mesmo relatório defendeu a compra de seguros privados, privatização de serviços públicos, promoção da competição de mercado e a ênfase sobre cuidado primário e prevenção. *"Health is a private matter and health care a private good"* - eis a ideologia do Banco Mundial (Stocker et ali, 1999:1132).

entre produção de doenças e capitalismo. Contudo, esta ideologia permaneceu dominante no Brasil dos anos 60 (Escorel, 1998:26) como expressão cristalina do pensamento preventivista. Desse modo concluiu Arouca (1975:222): *"Nossa tese é que, em primeiro lugar, o discurso preventivista aparece como uma das primeiras reinterpretações do setor médico às novas determinações da ordem econômica, reinterpretação esta que se faz ainda em termos de uma ideologia liberal"*.

A década de 50 entrou para a história como momento da articulação em torno da abordagem interdisciplinar, pretensiosamente, mais completa sobre o processo saúde–doença. As Ciências Sociais foram chamadas a compor esse cenário recém inaugurado graças aos acúmulos de conhecimentos sobre um insuspeitado conjunto de fenômenos basais para a compreensão das problemáticas do mundo da saúde. As experiências com estudos de comunidade e etnomedicina, por exemplo, se revelaram fundamentais para deflagrar diálogos e negociações entre populações locais e equipes médicas nas situações de contato entre crenças e práticas médicas contrastantes.

Informações sobre valores culturais, estabilidade e dinâmica social das sociedades eram exigências para o sucesso dos programas de saúde. Era importante a produção de conhecimentos capazes de explicar e responder ao pessoal da saúde, entre outras coisas, como e porque as crenças e práticas médicas tradicionais ou populares confrontavam com a medicina ocidental; como fatores sociais influenciavam nas decisões de adesão aos cuidados de saúde, como saúde e doença comportavam-se como aspectos do padrão cultural total cuja transformação somente se verificaria na companhia de mudanças sócio-culturais mais amplas e compreensíveis.

Os cientistas sociais aderiram à reflexão preventivista reafirmando competências e apresentando contribuições. Mais dependente das capacidades e engenhosidades individuais de pessoas ou autores do que da institucionalização das Ciências Sociais em Saúde, propriamente dita; dependente das condições sociais que asseguraram a possibilidade de surgimento de elocutores e suas novas discursividades, a autoridade de fala dos cientistas sociais foi fundada por um conjunto de mecanismos hábil na garantia da produção do seu reconhecimento e legitimidade. A força ilocucionária das Ciências Sociais em Saúde deve muito aos movimentos do campo social da saúde. Por outro lado, não se pode obscurecer a participação das Ciências Sociais no movimento de Medicina Preventiva e Social no Brasil.

Importante revisar que coube a este movimento, iniciado na segunda metade da década de 50, a crítica à medicina individual[66]. Ao focalizar os indivíduos como seu objeto de saber e prática, a "medicina do indivíduo" ocultava a importância da construção do social como objeto de análise e campo legítimo de intervenções visando à saúde. A "*medicina do corpo singular*", marcada pela excessiva especialização e tecnificação, pela incongruência entre a formação médica e as necessidades da população e pela posse de uma base conceitual biologicista e organicista merecia ser questionada e confrontada. E, para tanto, a via pedagógica foi estrategicamente pensada como a mais adequada para a introdução de questionamentos e para repercutir novas idéias. Não se tratava de partir para a reforma imediata das práticas médicas, mas de a partir de uma nova proposta pedagógica fazer a reformulação do ensino médico (Nunes, 1994:06). Esta, por fim, se constituiu na grande aposta do movimento preventivista – impor, pela via pedagógica, o reconhecimento das limitações do paradigma médico dominante que pauta as práticas médico-assistenciais dirigidas à intervenção curativa.

De outra parte, tratava-se de romper com os erros históricos do modelo clássico da Saúde Pública, constituído no final do século XVIII, cuja tendência mais marcante era a produção de estratégias preventivas pautadas por crescente medicalização do espaço social, insistência no combate às epidemias e controle de endemias através do emprego de um conjunto de técnicas e silenciamento quanto à dimensão política das práticas sanitárias. Quando muito o pensamento higienista, ainda persistente no campo da Saúde Pública, sugeria questões mais atinentes ao domínio político, mas estancava a análise nos níveis superficiais. Bom citar Afrânio Peixoto (1923:13-14), aguerrido defensor da Higiene: *"Que importam os trabalhos da Comissão Rockfeller, dos governos dos Estados, da Prophylaxia Rural, dando chenopodio, tynol ou naphtol-beta aos opilados, tratando-os e lhes restituindo a saúde? Como não lhes podem dar, e não dão, educação, instrução, hábitos hygienicos, calçadas e privadas a reinfecção é fatal, e começa no dia imediato á cura conseguida, ephemera e malograda. Estão carregando água em peneira. E a gente lembra o que disse o padre Vieira há quase três séculos: 'Não sei qual lhe sempre fez maior mal ao Brasil, se a enfermidade, se as trevas".*

[66] Ver Paim (1981); Nunes (1994).

Ao finalizar a ruptura com a Higiene, a Medicina Preventiva consolidou-se como uma disciplina independente. A Reforma Universitária de 1968, como medida de política educacional, incluiu a Medicina Preventiva no currículo mínimo de Medicina.

A despeito das expectativas gerais, o preventivismo, expressando-se através da chamada *medicina comunitária* não foi capaz de empreender as mudanças esperadas. A medicina comunitária, nas palavras de Cecília Donnangelo (1979:71) conformou-se como: *"uma forma de organização de serviços e como dimensão particular da política social"*, equivalendo a uma medicina simplificada do ponto de vista tecnológico e modalidade particular de serviço social. Sinteticamente, a medicina comunitária pautou-se pelo conjunto de experiências realizadas na comunidade, visando à obtenção de formas alternativas de práticas de saúde capazes de contrapor a crise do setor saúde. Suas características mais elementares: privilegiamento dos sujeitos no seu sofrimento; defesa do compartilhamento do conhecimento médico com a população para que esta pudesse autonomizar-se no processo de obtenção de saúde; defesa da reorganização dos serviços de saúde por intermédio da participação popular; educação em saúde e, particularmente confiança no poder da reestruturação do setor saúde pela via da educação médica, considerada a prática da medicina comunitária (Tambellini Arouca, 1976:21-23).

O fracasso da medicina comunitária deveu-se a fragilidade da integração com a comunidade, realizada mediante esquemas artificiais e desvinculados dos serviços de saúde, impossibilitando pleno sucesso à medicina comunitária que se manteve subordinada às práticas institucionais da medicina individual hegemônica.

O desafio colocado pelo movimento preventivista de reformular o campo da saúde mediante a via pedagógica não se revelou satisfatoriamente cumprido. Sua debilidade metodológica constituiu-se em fator limitante para a consecução de pesquisas significativas. As características fundamentais do discurso preventivista não pareciam adequadas para o cumprimento das promessas feitas. Seus conceitos básicos: a história natural da doença, o conceito ecológico de saúde e a multicausalidade (Escorel, 1998:21) montavam-lhe frouxas armações conceituais.

A história natural das doenças fazia equivaler "social" a "meio ambiente", lugar onde se difundem agentes causais. O modelo da "história natural da doença, ao priorizar a história do processo saúde-doença em sua regularidade, considera as doenças como determinadas pela relação mecanicista estabelecida entre três elementos: homem, ambiente e os fatores

determinantes da doença. Numa analogia interessante Sergio Arouca (1976:16) explicitou as relações entre os elementos da seguinte forma: *"(...) os homens - os agentes – são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel da mesma, interferindo em que sentido a balança se inclinará"*. Com tão estreita concepção acerca do social não foi possível arejar a trilha batida do pensamento higienista com a renovação de conhecimentos sobre os modos como os estados de saúde e doença são produzidos e se espalham diferentemente nas sociedades.

O conceito ecológico de saúde, por sua vez, marca o discurso da Medicina Preventiva e se incorpora aos seus objetivos educacionais. Por seu intermédio assume-se que as doenças são determinadas pela interação entre agentes-hóspedes-ambiente. Para efeitos analíticos, promoveu-se um alargamento da compreensão do conceito de agente a fim de que abrangesse fatores outros que não os de natureza biológica (ver Arouca, 1975:148-154).

Tendo fulcro no modelo da historia natural e no conceito ecológico de saúde, não foi de todo surpreendente que a Medicina Preventiva tenha dado motivo a críticas impacientes, passando a demonstrar sinais de esgotamento. De acordo com Nunes (1994:05) a fase preventivista teve uma duração de quinze anos, estendendo-se da segunda metade dos anos 50 até o início dos anos 70. A partir dessa data, foi perdendo vigor, sem se extinguir completamente, pois se trata de considerar a emergência de uma nova fase para pensamento social em saúde no Brasil que não soube perdoar os reducionismos da Medicina Preventiva: a Medicina Social.

Quando a questão é pensar a conformação e escopo da Medicina Social dela se destaca três conjuntos de práticas. Diz-se que ela compreende uma *prática teórica*, onde se situa a produção de conhecimentos, uma *prática técnica* orientada pela gestão e produção de ações e serviços de saúde e uma *prática política e cultural* onde se realiza a difusão de conhecimentos, de mobilização e participação social que compõem a denominada "comunicação social em saúde" (Teixeira, Noronha &Paim, 1994:11-12).

No plano imediato, a Medicina Social aspira à produtiva introdução da dimensão social no campo da saúde, mantém atenção sobre a prevenção das doenças em indivíduos ou coletividades e busca produzir conhecimentos que revertam em saúde e bem-estar para as populações humanas. Numa dimensão mais mediata, a Medicina Social destaca-se à função de ampliar os debates iniciados pela Medicina Preventiva, procurando estabelecer um objeto de

estudo, conceitos e teorias para o trato com esse referido objeto, de maneira a apostar na mudança de paradigma para o campo da saúde[67].

A importância das Ciências Sociais para a construção de um projeto de Medicina Social é bastante significativa. Um dos membros renomados do campo, o médico Jairnilson Paim (1985:89) fala sobre o assunto: *"Para a emergência desse projeto de Medicina Social no Brasil contribuíram as discussões ocorridas em encontros de docentes de Medicina Preventiva e, especialmente, a produção teórica resultante da incorporação das Ciências Sociais no âmbito da saúde. Ocorre progressivamente uma reconceptualização do 'social' em saúde. Este 'social' entendido como 'atributo pessoal' (educação, renda, salário, ocupação) pelo preventivismo e como coletivo de indivíduos pelas propostas racionalizadoras[68], é concebido teoricamente pela Medicina Social e definido como um campo estruturado de práticas"*.

As reflexões sobre o social certamente produzem arranjos estruturais no campo da saúde que culminam na sedimentação do pensamento social em saúde em suas diferentes tradições. Mas, é também verdade que somente com a vigência da Medicina Social a questão do social, em suas plenas dimensões passa a situar-se em primeiro plano.

Contribuições das Ciências Sociais tornaram-se prioritárias. As análises produzidas sobre os conceitos de normal e de patológico, por exemplo, abriram excelentes oportunidades para contrapor o universalismo naturalista do saber médico ao convencer sobre a complexidade da problemática da saúde, desdobrando para a questão uma série de conseqüências políticas e sociais[69].

Os estudos sobre os usos sociais do corpo, por sua vez, iniciados com Marcel Mauss na década de 50, ganharam destaque por demonstrar como homens de diferentes sociedades servem-se diferentemente de seus corpos, por assinalar o corpo humano como espaço de

---

[67] Gostaria de acrescentar que na prática, distinções entre Medicina Preventiva; Medicina Social e Saúde Pública não parecem promover excessivos zelos terminológicos. As várias terminologias continuam ativas quando departamentos optam por nomear-se Departamento de Medicina Social, outros Departamento de Medicina Preventiva e ainda Departamento de Medicina Preventiva e Social ou Departamento de Saúde Pública sem, contudo, manter posturas contrastantes.

[68] Por propostas racionalizadoras se devem entender aquelas que incorporam o discurso difundido pela OPAS. Defende-se a medicina comunitária, extensão de cobertura, integração docente assistencial e a racionalização das práticas mediante análise da relação custo-benefício.

[69] Gostaria de lembrar que "*O normal e o patológico*" de Georges Canguilhem veio a lume, na França, em 1943. Canguilhem foi um dos autores mais lidos pelos preventivistas. Sua expressão *"modos de andar a vida"* fez fortuna no campo social da saúde.

representações sociais, de inscrição do simbólico e, assim, apresentar novas dimensões ao corpo que não restritas ao registro biológico[70]. Por aí também poderíamos entender a grande receptividade e repercussão de "*As Classes Sociais e o Corpo*", de Luc Boltanski (1979) no campo social da saúde.

Essas e outras abordagens serviram para abalar a crença na inviolabilidade dos argumentos da racionalidade médica organicista e oportunizaram novas questões e quadros teóricos. A habilidade para propor linhas para pesquisa e introduzir temáticas de relevo, a partir das vertentes das Ciências Sociais, passaram a ser valorizadas. Tais especialidades aplicadas ao campo da saúde podem ser tomadas como explicativos para seu êxito no campo da saúde.

A fase de Medicina Social, ainda que não negando integralmente aspectos do preventivismo, estendeu-se do final dos anos 70 até o início dos 80. Seu enfraquecimento se deveu, sobretudo, à constatação de seus limites em solucionar os problemas identificados pelo preventivismo. Com a Medicina Social permaneceram resguardados os caracteres controladores e manipuladores da medicina de comunidade; manteve-se a fragmentação disciplinar no plano prático; a integração do ensino à rede de serviços mostrou-se deficiente e os problemas de saúde da população avultaram sem que se processassem respostas dirigidas à reversão de tal quadro. Com o esgotamento da fase da Medicina Social adentramos no momento atual: fase da Saúde Coletiva.

Em nossos dias, identifica-se a urgência de estudos que cuidem de melhor definir as particularidades e características da Medicina Social com relação à Saúde Coletiva e vice-versa. Registra-se presente e não pouco incomum a atitude de fazer indistinção entre Saúde Coletiva e Medicina Social (Nunes et al, 1994:147). Em todo caso, não sendo esta a tarefa que me mobiliza, limito-me a reconhecer que a Saúde Coletiva sucedeu a Medicina Social a partir de um conjunto de discussões que tomaram vulto, a partir de 1979. Isso se deu durante a realização da *I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior para a Saúde Coletiva,* a qual teve por objetivo primordial pensar a redefinição da formação de profissionais para o campo da saúde. Além disso, pretendia-se estabelecer critérios para formação de pessoal no nível da pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu.* O termo Saúde Coletiva é de fluência no Brasil.

---

[70] Ver: Marcel Mauss (1974).

Na leitura de Canesqui (1995:26), Saúde Coletiva refere-se a uma terminologia notadamente brasileira, forjada no final da década de 70, por um grupo de profissionais empenhados na questão da formulação de políticas de saúde e na aglutinação de distintas correntes e práticas referidas à questão da saúde: a Medicina Social, o preventivismo e as tendências racionalizadoras representadas pela Saúde Pública em suas versões sanitaristas e modernizantes. No campo da Saúde Coletiva, Canesqui (1997:13) salienta a participação das Ciências Sociais e Humanas, Epidemiologia, a Ciências Administrativas e Econômicas, Planejamento em Saúde, Ecologia e Saúde Ambiental, dentre outras disciplinas.

Paim e Almeida Filho (1998) ocupados em realizar um estudo exploratório da retórica paradigmática no campo da saúde concluíram que a Saúde Coletiva não se constitui num paradigma científico. No parecer dos autores deve-se compreender a Saúde Coletiva como um campo científico de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são: epidemiologia, planejamento de saúde e ciências sociais em saúde. As disciplinas complementares ao campo seriam: estatística, demografia, geografia, clínica, genética, ciências biomédicas básicas entre outras. Sendo assim, deve-se compreender a Saúde Coletiva não como uma disciplina, mas como um campo científico que se realiza enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Assim dizem os autores:

"Enquanto âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização. Abrange portanto um conjunto articulado práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde" (Paim &Almeida Filho, 1998:310).

Apontando para a superação da clássica Saúde Pública e da Medicina Social frente à incapacidade de conter o agravamento das condições de saúde da população, severamente

impactadas pelas novas conjunturas sócio-econômicas[71], a Saúde Coletiva assumiu como preocupações e compromissos: a instituição de uma nova reflexão sobre o processo saúde-doença, privilegiando a dimensão social dos processos de produção de doenças e das práticas e organização dos serviços de saúde; a formação de pessoal com habilidade para interferir positivamente no campo da docência, pesquisa, elaboração de políticas e prestação de serviços em saúde e a luta em favor do equacionamento das desigualdades através da proposição de políticas sociais equânimes e eficientes.

A grande questão passou ser conformar a Saúde Coletiva como campo de saber e divulgar e defender a urgência da adoção de um novo objeto do saber em saúde: o coletivo. Sem se limitar à mera contraposição a indivíduo, e sendo passível a múltiplas conceitualizações, o novo objeto promoveu convergência para a reflexão consistente sobre o social e instituiu as características fundamentais deste campo de saber. Por outro lado, a questão era compor um campo de práticas com forte orientação política. Desse modo, a expressão "Saúde Coletiva" passou a recobrir um campo de saberes e de práticas. Haveria práticas designadas de Saúde Coletiva, propostas originalmente como campo da Saúde Pública institucionalizada (Donnangelo, 1983:20).

No campo teórico, a Saúde Coletiva fez a ruptura com a Saúde Pública quando desqualificou o monopólio legítimo dos discursos biológicos para o campo da saúde. O rompimento se fez armado sobre a denúncia do pauperismo do discurso médico isolado de outros saberes que se vê, nessas condições, limitado para construir um saber rigoroso e competente sobre as relações estabelecidas entre normal e patológico, natureza e cultura, saúde e sociedade, vida e a morte, enfim, entre um vasto domínio de questões afetas ao campo da saúde.

Se a Saúde Coletiva não alçou mesmo prestigio acadêmico e valorização de parte dos órgãos de apoio à pesquisa (Magaldi & Cordeiro, 1983:39-40), parecem inegáveis a riqueza, as contribuições e os méritos sociais de um campo que faz congregação disciplinar, vide a busca de solidariedade com outras disciplinas que colaborem na reflexão sobre a questão saúde. A convivência disciplinar tornou-se a básica do campo da Saúde Coletiva. Conforme Birman (1991:11): *"O campo da saúde coletiva é, pois fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a*

[71] Para o assunto remeto a Nunes et al (1994)

eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa. É evidente que os diferentes discursos biológicos têm um lugar fundamental no campo da saúde, o que não deve implicar uma posição hegemônica em relação aos outros".

Integradas ao campo da saúde, as Ciências Sociais passaram à defesa da interdisciplinaridade como alternativa de construção de um legítimo saber sobre a saúde como característica da coletividade. De tal maneira, Canesqui (1997:13) faz notar as várias denominações assumidas pelas Ciências Sociais quando esta elege a saúde como seu objeto: Saúde Coletiva, Ciências Sociais *e* Saúde, Ciências Sociais Aplicadas à Saúde Pública ou mesmo Ciências Sociais *em, na* ou *da S*aúde. Sonia Fleury Teixeira (1985:98) ao inventariar a produção recente das Ciências Sociais no Brasil utiliza 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 de relações sociais estruturado, onde a doença adquire significação*"

Em síntese, a Saúde Coletiva é o atual campo de aplicação das Ciências Sociais em Saúde. A própria natureza do objeto de estudo desse campo intelectual, *saúde*, justifica a abordagem interdisciplinar e cooperativa. Nunes (1995:107), partindo de uma análise etimológica, salienta as dimensões plurais da saúde como justificadora da interdisciplinaridade: *"(...) Em suas origens gregas, o significado entre outros é de inteiro, intacto, real, em suma integridade. Vista deste aspecto, a saúde como integridade não permite fragmentação em saúde física, mental e social, portanto parte-se de uma visão holística que em tese supõe entendê-la na interface de uma grande diversidade de disciplinas".*

Acompanhando a trajetória do pensamento social em saúde no Brasil, por intermédio de suas sucessivas conformações históricas assistimos a um processo de constituição de um campo de diálogos e trocas com possibilidades intelectivas e investigativas que fizeram dos conteúdos tomados das Ciências Humanas a partir de suas produções disciplinares em antropologia, sociologia ciência política, história e economia elementos imprescindíveis para a própria formulação desses pensamentos, tendo por base a oferta de quadros conceituais, metodológicos e de contribuições aplicadas que, ao final, tem culminado nos propósitos de apreensão global das determinações sociais das doenças e resolução dos problemas da organização e oferta dos serviços de saúde no Brasil.

Atribui-se às Ciências Sociais em Saúde a conjugação de esforços para a construção de novo rigor epistemológico para o trato de questões ligadas ao processo saúde-doença, destacados pelo empenho na recomposição do objeto de saber da prática médica - o corpo. Do ponto de vista das Ciências Sociais, se trata de admitir que o corpo contém uma dimensão histórica e social, ou seja, realiza versões e significados particulares às sociedades que os comportam e que cumprem ser investigados e desvendados. Quanto a esse respeito, deve-se a José Carlos Pereira (1983:02-03) a apreensão da total amplitude do objeto que atrai atenção e esforços dos intelectuais devotados à apreensão social dos fenômenos de saúde e doença:

"*Na verdade, a medicina tende a deixar de ser apenas o conhecimento (biológico principalmente) da doença e dos meios de curá-la e/ou ciência do corpo biológico, normal ou patológico. (...) Em outras palavras, os aspectos sociais da medicina, como os institucionais, se são objeto da sociologia aplicada à medicina, podem também ser objeto de uma disciplina que se tem denominado Medicina Social. Esta se voltaria para os processos que mantém a saúde ou provocam a doença e para as práticas sociais que procuram recuperar ou manter aquela. Trata-se de uma mudança qualitativa, porque o objeto de tal disciplina não seria representado por corpos biológicos, mas por corpos sociais. Não se trataria, tão somente, de indivíduos, mas de sujeitos sociais, de grupos e classes sociais e de relações sociais referidas ao processo saúde-doença. Desse ponto de vista as práticas sociais da medicina seriam objeto, especificamente, dessa disciplina de fronteira.*"

O corpo socialmente investido figura como objeto das atenções compartilhadas entre Saúde Coletiva e Ciências Sociais em Saúde. A Saúde Coletiva tendo o coletivo como seu objeto de estudo e intervenção (Fleury Teixeira, 1985:88), esforça-se por apreendê-lo como algo mais que a simples justaposição de indivíduos e as Ciências Sociais, de um modo geral, ao partir da construção do social como objeto de análise, dispõem no mundo um número apreciável de teorias, métodos e conceitos para a mais delicada e profunda compreensão do social, das coletividades humanas.

As versões disciplinares das Ciências Sociais comprometidas com enfoque social dos fenômenos de saúde-doença executam a aproximação das Ciências Sociais, propriamente ditas, aos propósitos da Saúde Coletiva. Como conseqüência lógica, temos a instituição de relações de

comunicação entre Saúde Coletiva e Ciências Sociais que atualizam relações de força entre sujeitos. O consenso, o conflito, a intersubjetividade, a interação, as trocas, as afinidades, as disputas, os antagonismos, a cooperação marcam a conjuntura das competências presentes nesse campo intelectual.

Atuando no campo da saúde, cientistas sociais formalizaram uma cultura verbal caracterizada por uma linguagem autorizada e corrente aos intelectuais da área e que procura frisar a conformação sócio-histórica dos corpos humanos, conferindo ênfase ao caráter social e cultural das enfermidades e da prática médica. Cientistas sociais e outros intelectuais comportam-se como membros de uma comunidade de fala quando adotam a expressividade discursiva que destaca o social para dar conta de explicitar o objeto de saber sobre o qual devem investir. Formulam uma linguagem onde o elogio ao organicismo e o zelo pelo caso unitário, em detrimento do coletivo, não têm lugar.

Donnangelo, personagem inesquecível

Todo campo cultua seus prógonos e seus cérebros mais brilhantes. Todo campo tem uma história para contar que reverencia seus personagens mais iluminados. Ainda que não seja meu interesse, em absoluto, construir a galeria das figuras ancestrais das Ciências Sociais em Saúde, não posso deixar de mencionar Donnangelo num trabalho que destaca personagens das Ciências Sociais, ou a elas aproximadas, que tiveram realizações profissionais no campo da saúde. As Ciências Sociais em Saúde não nascem com Cecília Donnangelo, com ela tornam-se mais respeitadas, ganham força elocucionária.

Ao integrar o processo de formação do campo, Donnangelo estabeleceu uma tradição contínua de estilo, forma e preocupações que concedeu maturidade às Ciências Sociais em Saúde, facilitando a formação de grupos e a elaboração de uma linguagem própria. Dos haustos da sociologia ela entregou vigor ao pensamento em saúde que, assim depurado e purificado dos matizes ideológicos ao gosto das elites dominantes fez ecos positivos nos locais médicos. O auge de produtividade intelectual de Maria Cecília Ferro Donnangelo coincidiu com a emergência das Ciências Sociais em Saúde mais expansiva nas suas repercussões e institucionalmente fortalecida.

Nesse momento de maior desenvolvimento das Ciências Sociais em Saúde, coube a Donnangelo a busca pela construção do objeto do campo de estudos que academicamente se denominaria sociologia da saúde (Pereira, 1979:97).

O impacto positivo das suas obras, a influência intelectual exercida sobre um conjunto de profissionais do território da saúde ou das Ciências Sociais é enorme. Sua vasta competência e prestígio induziram à aglutinação de um conjunto de discípulos ao seu redor, entre eles médicos que se tornaram disseminadores da sua herança intelectual dentro dos Institutos ou Departamentos de Medicina Preventiva, Saúde Pública ou Medicina Social ou em outros tipos de instituições e fóruns. Junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP.

Cecília Donnangelo graduou-se em Educação e Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara em 1962. Em 1964, ingressou para o quadro de docentes da Faculdade de Medicina da USP. A competência e singularidade de sua produção encontram-se ressaltadas em: "*Medicina e Sociedade*", sua tese de doutoramento apresentada, em 1973, à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com publicação datada de 1975 e na sua tese de livre-docência defendida, em agosto de 1976, junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - "*Medicina e Estrutura Social: O campo de Emergência da Medicina Comunitária*", posteriormente publicada sob o título "*Saúde e Sociedade*". Esses dois trabalhos trazem contribuições valiosas para a estruturação da Saúde Coletiva como campo de saber e de práticas e resultaram em agregação de valor e ampla confiabilidade quanto aos méritos das análises empreendidas pelas vertentes das Ciências Sociais aos assuntos do campo da saúde.

A fala de Donnangelo concentra o capital teórico e simbólico acumulado nas Ciências Sociais e foi pronunciada a partir das posições sociais que ocupou no Departamento de Medicina Preventiva da USP seja como docente, doutoranda ou livre-docente. Diga-se, com merecida justiça, departamento que se configurou e configura-se como grande palco e abrigo de figuras e atores fundamentais para o pensamento social em saúde.

Percebo que a possibilidade de construção de um discurso de autoridade, legítimo e rico em força, elaborado por Donnangelo, se deveu à seguinte articulação: a figura intelectual Cecília Donnangelo era talhada em competência; as qualidades de seu discurso inquestionáveis e seu lugar de enunciação, uma instituição científica que a ela conferia seu mandato de fala, refletia intensas transformações comunicando novas condições sociais para a produção e

reprodução de saberes sobre os problemas vigentes. Dessa conjunção positiva resultou, com Donnangelo, conquista de legitimidade discursiva sem precedentes às Ciências Sociais, demarcando-as como fundamentais para a enunciação de toda fala que pretendesse versar competentemente sobre a relação saúde-sociedade, seja ela enunciada por médicos, planejadores, epidemiólogos ou profissionais do campo das Ciências Humanas.

Para entender melhor vamos recordar que a década de 70, momento da ativação e permanência da Medicina Social, assinalou o interesse sistemático pela exploração do tema saúde com recurso às Ciências Sociais, conforme já mencionado. Tal processo, iniciado na década de 50, sendo resultado do projeto preventivista teve gradual intensificação no transcorrer dos anos 60. Contudo, durante os anos 50 e 60, as Ciências Sociais situadas na área da saúde encontravam-se engessadas pela história natural da doença, pelo conceito ecológico de saúde, conforme já anteriormente discutido, mas também pelo funcionalismo. Ao se tornarem alvos de acirrada crítica, na década de 70, essas perspectivas foram abandonadas em favor do materialismo histórico.

A penetração do materialismo histórico no campo do saber e ação em saúde reclamou um aprofundamento no estudo da relação entre Estado e saúde. O exame da relação medicina e sociedade, sob perspectiva histórico-estrutural, desdobrou-se numa constelação de temas para estudos cujos focos de análise cuidavam de não obscurecer as articulações entre estruturas de classe, políticas públicas e práticas contemporâneas no campo da saúde. Como conseqüência, ativaram-se as análises que denunciavam o papel patogênico do Estado e que justificavam o crescimento da sua presença no setor saúde como motivado pelo aumento do volume das necessidades sociais decorrentes da deterioração das condições de saúde dos trabalhadores em virtude do processo de acumulação do capital e acirramento da luta de classes.

Segundo Sonia Fleury Teixeira (1995:19) a incorporação do método e categorias do materialismo histórico no setor saúde promoveu a criação de um *modelo explicativo*: "*A primeira característica desse modelo explicativo é o abandono da noção de causalidade e sua substituição pelo conceito de determinação. Assim, a concepção de determinação, oriunda da categoria determinação social do processo saúde/doença, permite superar mesmo os modelos multicausais, ao introduzir a noção de determinações contraditórias e simultâneas decorrentes da necessidade do capital e do trabalho*".

Aquilo que Fleury Teixeira chama de "*modelo explicativo*" ganha também de Juan César Garcia os seguintes nomes: "*modelo teórico*", "*modelo de ordenamento do conhecimento*" (Garcia,1971,1972) ou "*corrente de pensamento*" (Garcia, 1983). Termos entendidos como perfeitamente cambiáveis a "*paradigma*". Rejeitando explicitamente a noção de paradigma como proposta por Kuhn, e apoiada em Garcia, Sonia Fleury Teixeira (1997a:11) faz dela as palavras de Garcia: *"Outra conotação do termo paradigma aproxima-o à idéia de 'modelo'. Representaria uma forma simplificada e esquemática de expressar a realidade, isto é, a apresentação de um fenômeno atendendo somente às suas características mais significativas (Garcia, 1971)".*

Entendido desse modo, o materialismo histórico teria inaugurado um "*novo paradigma*" em saúde. Concepção que reputo equivocada. O materialismo histórico constituiu-se numa teoria que imprimiu novos vigores à pesquisa em saúde, mas não alçou à posição de paradigma. Vejo com muita apreensão a tendência, bastante disseminada no campo dos estudos em saúde, de equipar ilegitimamente o termo paradigma a: modelo; tipos específicos de conhecimento humano; crenças compartilhadas; práticas sociais de uma determinada natureza; movimentos ideológicos ou, ainda, teoria. Por essa razão é muito bom quando alguém levanta a voz contra a falta de cuidado terminológico reinante. Meu elogio, nesse sentido vai para Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho (2000a) pela vigilância ostensiva aos conceitos e suas conotações. Os dois médicos criticaram a disseminação do conceito de paradigma no campo da saúde a partir do resgate da noção como originalmente estabelecida no campo teórico da filosofia da ciência, conforme a contribuição de Kuhn[72].

Diz Kuhn (1970:13): *"considero paradigmas as realizações científicas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência"*. Um paradigma é um princípio explicativo geral que sintetiza as possibilidades de explicação científica. Teoria e paradigma não marcam sinonímia grave: "*(...) para ser aceita como paradigma, uma teoria deve parecer melhor que suas competidoras, mas não precisa (e de fato isso nunca acontece) explicar todos os fatos com os quais pode ser confrontada*" Kuhn (1970:38).

[72] Num artigo datado de 1997 sob título "*Usos e abusos da categoria paradigma no campo da Saúde Coletiva*" os dois autores já haviam alertado contra o uso indiscriminado e generalizado da noção de paradigma que passa a equivaler a: campo disciplinar, práticas sociais, modelo e abordagem.

Paradigmas não podem assumir a conotação abreviada de teoria. Conforme Ianni (1990:97): *"(...) a noção de paradigma compreende uma teoria básica, uma fórmula epistemológica geral, um modo coerente de interpretar ou um princípio explicativo fundamental"*. Contudo, são os paradigmas que fundamentam as múltiplas teorias, podendo um mesmo paradigma, dar origem a diversas teorias. O paradigma está presente nas teorias como um princípio explicativo fundamental e são eles, os paradigmas, que sintetizam a possibilidade de explicação científica (Ianni, 1990:96). Geralmente, as teorias multiplicam-se fundamentadas por um paradigma, porém, há situações nas quais a criação da teoria leva à invenção paradigmática. O raciocínio conduz à conclusão: sendo avaliadas como obsoletas ou inadequadas para captar a dimensão global dos problemas tipicamente contemporâneos, as teorias revelariam que seus princípios explicativos fundamentais, sua fórmula epistemológica geral, ou seja, os paradigmas que as orientam são falhos, gerando-se crise de paradigmas.

As teorias são múltiplas, competem entre si e, se bem sucedidas, podem chegar a situar-se como paradigma, porém torno a ressaltar, são os paradigmas que fundamentam as teorias. A emergência de novas teorias se faz possível após a instalação de momentos de crise sentidos em decorrência das insuficiências dos instrumentais disponíveis. Crises, são nesse sentido, condições necessárias para a emergência de novas teorias (Kuhn,1970:107). A elaboração de teorias mais vigorosas exige tanto a destruição em larga escala de paradigmas quanto grandes alterações nos problemas e técnicas da ciência normal (Kuhn, 1970: 95). Assim, Kuhn possibilita o entendimento da existência de duas diferentes ordens de crise para a ciência: crise de crescimento que tem lugar no nível da matriz disciplinar e crise de degenerescência, ocorrida no âmbito dos paradigmas. Destaca-se a positividade da noção de crise de crescimento quando se percebe que por seu intermédio temos vazão a momentos fecundos para criação de novas teorias que, ao possibilitar novas concretudes para o fazer e pensar científicos, podem por em causa a própria forma de inteligibilidade do real que um dado paradigma proporciona, gerando crise de degenerescência no âmbito do paradigma.

Compartilhando pontos de vista com Kuhn e, portanto diferindo paradigmas de teorias, Otávio Ianni (1990:97), com toda competência , identifica o evolucionismo, positivismo funcionalismo, marxismo, neofuncionalismo, estrutural-funcionalismo, etnometodologia, hermenêutica, teoria da ação, teoria da troca, teoria do conflito, interacionismo simbólico, fenomenologia, etnometodologia, teoria do campo sociológico, teoria da estruturação, sociologia

sistêmica, individualismo metodológico, entre outras, como **teorias sociológicas**, sublinhe-se, não como paradigmas. Os paradigmas que organizaram ou fundamentaram essas teorias, do passado e presente foram: evolução, causação funcional, estrutura significativa, redução fenomenológica, conexão de sentido e contradição (Ianni, 1990:97). Tratam-se, cada um desses paradigmas, da articulação de momentos lógicos essenciais da reflexão.

São valiosas as contribuições de Ianni para se pensar a relação teoria e paradigma. Por isso, gostaria de reter tais colocações para destacar primeiramente que a história do pensamento social em saúde é composta por uma sucessão de teorias que não provaram suficiente força para a derrocada do paradigma que sustenta as práticas em saúde. Estava em curso no campo da saúde no momento em que Donnangelo escrevia crise de crescimento. A teoria marxista configurava-se na grande aposta de explicação e transformação das coisas da saúde. Mas, ainda que tenha promovido fortes abalos no paradigma científico não foi hábil o bastante para produzir a finalização da crise de degenerescência do paradigma que se mantém hegemônico no campo da saúde: o paradigma científico que pauta a racionalidade médica ocidental.

Segundo Madel Luz (2000), toda racionalidade médica, independentemente de seu paradigma, comporta: *práxis* (atividade social), *tekné* (arte ou técnica de curar doentes), *gnose* (conhecimento do adoecer) e *episteme* (ciência como projeto de estruturação do saber médico). Num curso histórico que conjuga intensos desenvolvimentos científicos no campo da anatomia, fisiologia, patologia, toxicologia, bacteriologia, etc; a ciência médica foi progressivamente se tornando ciência das doenças, de maneira a assistir-se a uma profunda separação entre ciência médica e a arte de curar. Conforme a sagaz observação de Madel: *"os médicos tornaram-se homens da ciência e não mais artesões da cura"* (op. cit: 190). De tal maneira, a *episteme* submeteu a *gnose* e a *tekné*, o que vale dizer que a ciência como projeto de estruturação do saber médico sobrepôs-se ao conhecimento do adoecimento e à arte da cura como resultado da *práxis* médica voltada para o restabelecimento da saúde dos doentes. O projeto epistemológico dominante tornou-se produzir conhecimentos sobre as doenças.

O paradigma ativo no campo das ciências básicas da saúde caracteriza-se por exacerbado biologismo, naturalização da vida social, ênfase na clinica, valorização das atividades curativas e privilegiamento do conhecimento científico sobre as doenças, além de deter incomum capacidade de autopromoção e de impor-se como dominante, excluindo valor e méritos a outras

racionalidades médicas que não se conjugam aos seus princípios cientificamente estabelecidos. Um paradigma absolutamente hegemônico.

A introdução da teoria marxista na saúde coincidiu com o momento de expansão das Ciências Sociais no campo da saúde. Processo que teve como desfecho especialização e regulação nas discursividades científicas das Ciências Sociais em Saúde, favorecendo ainda mais sua penetração e audiência nos mais distintos espaços institucionais da área da saúde. Levando para esses territórios seus mais precisos instrumentos de trabalho, cientistas sociais insuflados pelo vigor do materialismo histórico passaram a estimular o estudo dos fenômenos saúde-doença em suas amplitudes sociais, culturais, políticas e econômicas traduzidas nas formas sociais de intervenção e enfrentamento das doenças e morte; na racionalização e regulação da prestação de serviços em saúde preventivos ou curativos por parte do Estado; nas propriedades da prática médica no Brasil, marcando preocupação com o exame, da determinação em última instância do econômico e a sobredeterminação dos níveis superestruturais (político e ideológico) no campo da saúde.

Eu diria que a partir deste momento, as Ciências Sociais em Saúde institui *tradição*, para usar o termo no sentido entretido por Antonio Cândido (1975) [73]. Uma nova conjuntura foi instaurada, mas não invenção paradigmática. Passamos a contar com um conjunto de produtores intelectuais mais encorpados e menos episódicos para área, alguns mais e outros menos dotados de consciência quanto a seu papel; com um conjunto de receptores para essas produções, porque obras não vivem sem público. E, além disso, com um mecanismo transmissor – uma linguagem - aquilo que liga uns a outros. Todos esses denominadores indicativos da instituição de tradição.

Essa tradição, para a qual Donnangelo contribuiu para formar ao mesmo tempo em que foi por ela favorecida, comporta na atualidade um conjunto de homens em número ainda não assustadoramente expressivo, mas que são artífices de um modo específico de se pensar a saúde sob viés das Ciências Sociais.

Retomando, gostaria de dizer que a despeito das proposições contidas nas teorias que fazem a história do pensamento social em saúde está por ser elaborada a teoria que venha

---

[73] Antonio Candido (1975:24) considerara que a tradição se institui no movimento de continuidade –"*espécie de transmissão da tocha entre corredores que assegura no tempo o movimento conjunto, definindo os lineamentos de um todo. É uma tradição, no sentido completo do termo, isto é transmissão de algo entre os homens, e o conjunto de elementos transmitidos, formando padrões que se impõem ao pensamento ou ao comportamento, e aos quais somos obrigados a nos referir, para aceitar ou rejeitar* (...)"

substituir na qualidade de paradigma, aquele que apesar dos sinais de esgotamento mantém-se ativo no campo do saber em saúde: o paradigma científico e sua ênfase na medicina individualizada e tecnológica típica da tradição clínica. A Saúde Coletiva e junto a ela as Ciências Sociais em Saúde, como projetos contra-hegemônicos, mantêm o compromisso de ativar novas teorias para confrontar o paradigma dominante. A tradição foi instituída nesse sentido.

Após apresentar brevemente um panorama geral da trajetória e evolução do pensamento social em saúde no Brasil, acentuando as participações de intelectuais praticantes de Ciências Sociais ou atuantes em círculos a elas aproximados, entendo ter possibilitado a compreensão que um longo percurso trilhado por homens do passado, que acertaram ou erraram nas rotas, foi necessário para nos conduzir na direção da tradição em Ciências Sociais em Saúde. Prossigo buscando o reconhecimento dos cientistas sociais em saúde como grupo social. Trata-se agora de observá-los em situação de comunidade, focalizando sobre o que consiste em marca ou diacrítico fundamental: ser intelectual no campo da saúde.

CAPÍTULO 4

O TRABALHO INTELECTUAL EM SAÚDE

Aquele que atua de modo muito antipático e me mostra meus defeitos, sem me indicar os caminhos de como remediá-los; e me leva a sentir as minhas necessidades, sem me dar as condições de satisfazê-las. Por que não me deixou no meu estado de ignorância selvagem?

Johann Gottlieb Fichte (Sobre a Missão do Erudito)

Todos sabemos que o campo da saúde vive uma situação de crise alargada. Os anos 80 consagraram a lógica capitalista neoliberal e os impactos da nova conjuntura político-econômica na saúde foram consideráveis. A mundialização do capital sujeitou os países periféricos às economias que estão no centro do oligopólio internacional tornando preponderantes a mercantilização das relações sociais, a defesa à livre iniciativa, a lógica do mercado e a ausência do Estado nas políticas sociais. Tornou-se sistemática a exclusão das pessoas dos serviços e garantias oferecidos ou assegurados pelo Estado como direitos de cidadania. Passamos ao elogio da sociedade-providência, obrigados a crer nas potencialidades dos indivíduos e da comunidade e não mais nas do Estado. Participação popular, autogoverno e solidariedade comunitária foram evocados para a condução do processo de segurança social, antes responsabilidade do setor público. Afora isso, a intensificação dos agravos à saúde, resultado da depauperação das condições econômicas da classe trabalhadora, ampliou a crise do setor saúde que se vinha fazendo sentir pela baixa cobertura, pouco impacto e altos custos das ações de saúde.

Os estilos de vida e de imaginários sociais individualistas, privatistas e consumistas foram outros fenômenos típicos da década de 80 (Santos, 1999: 29). Estes tiveram sua parcela de culpa na deflagração da crise científica no campo da saúde quando estimularam a valorização de vertentes analíticas individualizadoras. Nos EUA, no final dos anos 80, as escolas de Saúde Pública experimentaram queda de seu prestígio e influência em virtude da ascensão progressiva

de abordagens centradas no indivíduo tais como o movimento da epidemiologia clínica. Mas não apenas lá. A fragilização dos discursos sociais da saúde comportou-se como fenômeno generalizado, resultado da tecnificação da prática médica e biologização dos modelos conceituais (Paim & Almeida Filho, 2000:14). Esses transbordamentos negativos repercutiram e continuam incidir no nível epistêmico, exigindo esforços na construção de um novo paradigma para o campo da saúde.

Momentos de crise intensificam o debate sobre a missão, função ou papel do intelectual incentivando a recuperação da memória e balanço das atuações (Bastos & Rêgo, 1999:12). Para o caso da saúde a questão é muito pertinente. Se a saúde vai mal, em todos os sentidos, como se portam os intelectuais frente à questão? De que maneira tais processos repercutem em seus cotidianos profissionais e produção intelectual? Afinal, quem e como são os intelectuais que abordam a questão da saúde sob viés social? Com quais tarefas se incumbem? Como organizam seu universo de significados? Os produtos que nos dispõem tem veracidade e valor? É por tentar responder essas e outras indagações que recorro a Geertz (1997:227) para enfim: "*dar o nome de etnografia ao estudo do pensamento como este se apresenta no aqui e agora da vida moderna*".

Os intelectuais e a prática científica

Etnografar instituições científicas como são o Departamento de Ciências Sociais da ENSP e o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp é a monotonia de andar por entre corredores longos pontuados por portas onde se lê os nomes de pessoas desconhecidas ou com as quais estamos, no mais das vezes, academicamente habituados. É assim que se apresentam as instituições científicas, lugares que abrigam, em apertadas salinhas individuais ou duplas, sujeitos mais ou menos famosos em razão da genialidade ou envergadura das suas produções intelectuais. Os mais ilustres conhecemos pelas bibliografias, artigos de jornal ou pelo encontro nos dias de congressos e conferências. Mais raramente os vimos num debate popular ou na T.V. porque essas são situações episódicas ao intelectual.

Indiscutivelmente os intelectuais formam um grupo social especial. É certo que não mantém casamentos com primos cruzados bilaterais como regra para trocas matrimoniais, mas se reúnem em pequenos bandos, falam uma língua comum, reconhecem-se uns aos outros e priorizam os diálogos ou diatribes entre si mesmos. Sendo elaboradores, portadores, transmissores e amplificadores de idéias, os intelectuais falam mais para si e entre si mesmos que para o grande público. Seus locais naturais são as instituições científicas.

Instituições científicas parecem ímpares com a felicidade quando a fala dos seus membros é de tipo pessimista ou acrimoniosa. Intelectuais, não podendo se fazer cegos às mazelas do mundo, pois se dedicam continuamente a examiná-las, produzem em si desalentos que podem ser agravados pela competição presente no sistema social do qual participam.

A expansão do ensino de terceiro grau e a estruturação das pós-graduações, fenômenos datados da década de 60[74]; juntamente com a multiplicação de centros e grupos de pesquisa contribuíram para a multiplicação do número de pesquisadores no país. Entretanto, o processo não foi acompanhado por ampliação significativa no escasso volume de recursos disponíveis para pesquisas. Segundo dados apresentados por Reinaldo Guimarães, em artigo datado de 1991, o governo trabalhava com cerca de 400 grupos de pesquisa a serem financiados, porém, em levantamento realizado por pró-reitores de pós-graduação constatou-se que contávamos, na ocasião, com quase 2000 grupos de pesquisa considerados de bom nível. Frente ao minguado financiamento federal das atividades científicas, a competição avoluma-se, levando-nos a suspeitar do seu impacto nos sujeitos e seus produtos intelectuais.

Alternativas para captação de recursos são buscadas junto ao exterior ou iniciativa privada como forma de autonomizar-se das fontes públicas de financiamento, fato que estimula a competição entre os que têm maior ou menor poder de ganho nas negociações. Há quem veja na competição uma *"saudável vitalidade da comunidade"*. Há quem diagnostique *"melhora nas relações interinstitucionais"* face aos incentivos aos intercâmbios e aproximações entre instituições universitárias, departamentos e institutos diferentes, efetuados por parte de agências como o Pronex (Programa de Núcleos de Excelência) ou pelos projetos integrados do CNPQ. De todo modo, não se pode negar a existência de influências externas na formação de um padrão intelectual de investigação científica.

---

[74] Sobre esse assunto ver Ribeiro e Hutzier (1991) e Oliveira (1991).

A produtividade dos diálogos e intercâmbios entre campos disciplinares tem sido vastamente referida. Para Pierre Delattre (1984), a potencialidade das pesquisas interdisciplinares é um fato conhecido historicamente, sendo que atualmente o esforço de síntese que representa as pesquisas interdisciplinares constitui uma necessidade para tentar re-equilibrar nossa apreensão do mundo. A questão das relações entre disciplinas tem dado origem a um instigante debate em torno da questão da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade[75]

Sem adentrar completamente no debate, é valido situar algumas conceituações bem estabelecidas com Almeida Filho (1997a; 2000) que busca contribuições de outros três autores para formular o esquema que ele chama de *Jantsch, Vasconcelos-Bibeau.*

Neste esquema tem-se: **multidisciplinaridade** – sistema de justaposição de disciplinas em um único nível estando ausente a cooperação sistemática; **pluridisciplinaridade** – sistema em um só nível, como no caso da multidisciplinaridade, com a diferença que aqui se ressaltam interesses comuns; **interdisciplinaridade auxiliar** – interação entre diferentes disciplinas científicas sob dominação de uma delas que se impõe às outras enquanto campo integrador e coordenador; **interdisciplinaridade** – interação entre disciplinas conexas cujas relações se definem a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas que atua não somente como integradora e mediadora da circulação, mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar; considera-se que na interdisciplinaridade existe tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados; **transdisciplinaridade** – integração geral das disciplinas de um campo particular sob a base de uma axiomática geral compartilhada.

Naomar de Almeida Filho tem tratado a transdisciplinaridade como processo, estratégia de ação, modalidade de prática, e não como atributo de relações modelares entre campos disciplinares, ressaltando confiantemente seu caráter instrumental como via de transformação da ciência. O otimismo de Almeida Filho(2000:30) é sem dúvida admirável:

"Estamos totalmente de acordo com propostas viáveis de transformação radical do sistema de formação dos sujeitos da ciência, no contexto de um novo enciclopedismo, não com

[75] Sobre a questão remeto a: Naomar Almeida Filho (1997a) e os debates suscitados por tal artigo reunidos no mesmo volume da Revista Ciência & Saúde Coletiva (Carvalheiro, 1997; Sevalho,, 1997; Castiel, 1997; Moraes, 1997; Ayres, 1997; Portocarrero, 1997; Alvarenga, 1997) e a réplica de Almeida Filho (1997b)

base na genialidade de sujeitos individuais como na emergência da ciência moderna, e sim como uma forma renovada de integração global de um conhecimento sistêmico construído coletivamente. Antevemos que o processo de produção do conhecimento no campo científico da saúde será cada vez mais social, político-institucional, matricial, amplificado. Nesse cenário, a produção competente da ciência deverá viabilizar abordagens totalizadoras, mesmo que parciais e provisórias, sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade emergente nos processos de promoção da saúde na sociedade."

Apesar do franco interesse suscitado pela questão da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, permanece em aberto o reconhecimento de como se comportam no terreno empírico, uma vez que os campos disciplinares são constituídos por sujeitos pensantes que se engajam em relações de poder munidos de espírito de concorrência. Os estudos sociais da ciência quando não negligenciam a perspectiva microscópica se colocam em situação de responder sobre a viabilidade, concretude e natureza do trabalho interdisciplinar ou transdisciplinar, uma vez que se atém à observação direta dos locais de trabalho científico e ao exame do processo de construção do conhecimento, enfocando interações humanas nos domínios da manufatura científica. O quanto de coragem é requerido aos pesquisadores que encaminhem tais tipos de pesquisa para divulgar os resultados obtidos, sejam lá quais forem eles, é um outro assunto.

A crise da universidade brasileira tem sido competentemente abordada (Schwartzman,1981; Ribeiro, 1982), mas tem havido pouco espaço de discussão sobre a crise das relações de trabalho acadêmicas. É ainda rala a discussão sobre: as disputas de autoridades; a formação de pequenos grupos internos que lutam por ascendência e outros bens tangíveis (espécie de clãs intelectuais ou administrativos); a concorrência entre subjetividades transbordantes de vaidade; as perversidades das relações pedagógicas[76] e a desilusão dos que aguardavam outros destinos para sua opção profissional. Não se tematiza a competição, seja aquela de tipo mais produtivo porque impulsiona o conhecimento ou aquela que se sobrepõe à solidariedade afetando intelectuais e o progresso científico. A postura reticente demonstra-se

---

[76]Madel Luz (1991:119-120) tratou a questão apontando a existência de dois tipos de docentes que nenhum bem fazem para a formação de novos cientistas: o professor neutro e o professor populista. O neutro pouco se importa com o crescimento do aluno. O populista se vale das alianças com os alunos como estratégia de competição com seus colegas do corpo docente. Além disso, a autora enfatiza as competições entre docentes e alunos

mais cômoda. E, em todo caso, os que fazem parte da corporação sabem que nas instituições científicas a competição negada ou velada é fel que se esparrama ganhando volume pelos corredores, salas de aula e de reuniões.

O debate geral sobre a universidade prioriza aquilo que tem sido definido pelo uso da expressão clichê *"sucateamento da universidade"*, expressão que permite fazer a reclamação de tudo, menos de si mesmos. Assim, as análises contentam-se em fazer a denúncia dos baixos salários, da falta de material didático, da decadência da infra-estrutura, da fuga de cérebros para setor privado; das contravenções feitas ao regime de dedicação exclusiva e dos constrangimentos das pesquisas por falta de verbas. O enriquecimento do debate vem por intermédio da discussão intelectual acerca da crise no ideal de democratização, crise da educação funcional, crise da qualidade, crise da universidade científica e crítica[77]. Incorporam-se também discussões sobre a crise política das universidades e crise nos conteúdos intelectuais e ideológicos, sendo estes últimos entendidos como aqueles que colocam o desafio do estudo e entendimento da própria universidade a fim de conhecer seus condicionantes e requisitos para sua transformação (Ribeiro, 1982:24).

É verdade que as universidades precisam ser estudadas de dentro. Mas é lamentável que a preocupação com o tipo e qualidade das relações profissionais no âmbito das instituições da ciência e das interferências das questões humanas no mundo do trabalho acadêmico permaneça não motivando atenção. Fato que se deve lamentar, sobremaneira, no campo das Ciências Sociais uma vez que é da nossa ocupação pensar o homem em suas relações sociais. Considero acusável a negligência para com questões pungentes que se fariam centradas na discussão do elemento humano e do papel do intelectual e universidade na sociedade. Enquanto isso, continua o debate sobre questões certamente não menos importantes, mas que analogamente são como as contas do rosário das lamentações do intelectual.

Voltaire dizia que a vaidade é um balão que cria tempestades imensas quando se lhes dão alfinetadas. Jean-Paul Sartre (1957:07) é um alfinete para vaidade intelectual quando falando sobre o autor diz: *"Por um lado, escribe, canta, suspira; por el outro, le dan dinero. He aquí dos hechos sin relación aparente; lo mejor que puede hacer el autor es decirse que le dan uma*

[77] Para o cumprimento desta agenda de discussão remeto a Schwartzman (1981), com especial atenção ao capítulo *A crise da Universidade.*

pensión para que suspire". Exageros à parte, o intelectual brasileiro é, não raras vezes, um refém sofrido da política científica do governo que cobra produção científica em termos de quantidade como se a natureza do seu trabalho intelectual equivalesse a do proletário. As fundações e instituições estrangeiras de fomento científico influenciam na definição temática das pesquisas quando financiam somente temas de seus interesses. As agências nacionais, por outro lado, não mantêm posturas tão restritivas, mas não deixam de fazer suas interferências. O processo de proletarização do intelectual faz efeitos ponderáveis na produção científica, pontuados os reflexos dessa lógica nos sujeitos que fazem da prática da ciência alternativa para ganhar a vida.

Florestan Fernandes (1975a), objetivando abordar os dilemas da universidade brasileira, procurou pensar como o sociólogo tende a encarar a contribuição da universidade para o desenvolvimento e o que afinal de contas deveria ser uma universidade para o desenvolvimento[78]. Nesse trabalho, ele argumenta que para o sociólogo tudo se passa como se bastassem boas organizações e direções para que as instituições obtivessem desempenhos ótimos. Diz Florestan (op.cit:92): *"Para ele (o sociólogo) a instituição é uma sociedade em miniatura. Possui uma estrutura, pessoal e cultura próprios; e conta com padrões organizatórios específicos, que regulam sua capacidade de atender aos fins e necessidades sociais que dão sentido à sua existência, continuidade e transformação. Graças a essas peculiaridades, a instituição tem seus ritmos próprios e, em certos limites, pode-se impor aos condicionamentos e à evolução do meio societário inclusivo"*. Sem limitar-se a esta constatação, Florestan sublinha que as instituições retiram sua razão de ser da sociedade, a qual atua alimentando o fluxo dos seus ritmos. É a sociedade que determina os ritmos da universidade. Ela os intensifica, modera, preserva, altera, fortalece ou solapa de modo a fazer da universidade uma realidade histórico-social.

Devido ao caráter e rumos adotados quando da implantação da universidade brasileira, conseguimos algo paradoxal: montar um sistema de ensino superior profissionalizante destituído de cunho prático e de qualquer pragmatismo. De tal maneira, Florestan Fernandes (1975a: 98) comenta que no Brasil o novo nasceu completamente arcaico, processo que ele qualificou como

---

[78] Nesse mesmo trabalho, Florestan (1975a:92) também se ocupou em debater: *"o que se pode esperar dos dinamismos inerentes ao crescimento econômico e à mudança sociocultural (sob hipótese de continuidade das tendências atuais), nos limites das condições existentes no Brasil e América Latina"*. E no entanto, para efeito das discussões que justificam esse capítulo atenho-me nos dois outros pontos destacados.

"*senilização institucional precoce*". Os motivos para isso são vários e Florestan cuida de bem explicitá-los; não vou retomá-los aqui pois o que me parece importante reter é que a escola de ensino superior no Brasil não foi valorizada enquanto tal pela sociedade, mas seu produto final: o diploma e o grau de doutor.

O velho padrão da universidade brasileira foi montado para a tarefa de preparar profissionais liberais pela via do ensino magistral livresco e dogmático. Posta em primeiro plano, esta função fez a articulação da universidade aos ritmos históricos da sociedade nacional por intermédio dos rendimentos e contribuições positivas dos profissionais liberais que buscavam salvaguardar seus interesses e privilégios na sociedade. Por isso se diz que a universidade não absorveu as funções que deveria preencher na civilização ocidental moderna, mas que por trás dela encontrava-se um farisaísmo intelectual sistemático tão tosco e provinciano quanto arrogante e anti-social (Fernandes, 1975a:109).

Disseminou-se a crença que uma nova universidade somente seria possível com o advento de uma sociedade capaz de mudar suas relações com as instituições, pressionando-as no sentido da sua diferenciação estrutural-funcional, de suas rearticulações com outras instituições e de obtenção de maiores rendimentos. O impasse estava instaurado: se a sociedade não muda a universidade tampouco; se esta não muda os processos de invenção e reprodução de conhecimentos para a transformação da sociedade não avançam na cadência desejada.

Os anos 50 deram cabo no impasse quando com o rápido e intenso crescimento quantitativo das universidades assistimos, conjuntamente, à emergência de uma nova mentalidade de orientação pragmática e ao mesmo tempo científica e universitária que informava a expansão do ensino, ciência e tecnologia ajustadas às novas realidades urbano-industriais. Desse modo, Florestan Fernandes (1975a:103) conclui que o ensino superior encontra-se sendo redefinido social e culturalmente, consideradas as rupturas com o velho padrão de escola superior: "(...) *o diploma já não conta como no passado. Ainda é perseguido, mas não tanto como símbolo social*". Além disso, negam-se às universidades funções conservadoras, dogmáticas e antidemocráticas. Por isso para Florestan, somente a verdadeira passagem do imobilismo a um estado de atividade criadora para as universidades seria capaz de colocá-las a serviço do desenvolvimento e assim, poderíamos falar em "*universidade para o desenvolvimento*".

Schwartzman (1991), nota que as tentativas de reorientar a atividade científica, convertendo-a numa ciência de resultados, encontram-se em descrédito em paises da Europa que,

tempos atrás, foram seduzidos pela idéia de colocar a ciência a serviço dos problemas do dia-a-dia do bairro, da favela, da região, do país. O descrédito foi decorrência de grande número de estudos sobre processos de utilização do conhecimento que comprovaram que a produção de fragmentos de conhecimentos com vistas à sua utilização em um sistema de planejamento não excede a formulação de uma imagem simplista ou supersimplificada e distorcida da realidade.

No Brasil, a idéia de uma política científica surgiu com vigor somente, no início da década de 50, com a criação do Conselho Nacional e Pesquisas. Antes, tivemos, em 1934, no governo de Arthur Neiva uma breve experiência de estruturação da atividade científica por intermédio da Diretoria de Pesquisas Científicas do Ministério da Agricultura. E, no entanto, o CNPq não se firmou como instituição de elaboração de política científica, papel que viria a ser desempenhado somente nos anos 60 com a criação do FUNTEC (Fundo de Tecnologia do BNDE); FINEP (Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico); a transformação do antigo CNPq no novo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e a reunião de todos esses fundos e instituições nos chamados "planos básicos" de desenvolvimento científico e tecnológico (Schwartzman, 1981:50). Foi um momento que deu margem a um grande desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil graças a destinação de recursos adequados, condições institucionais de apoio, flexibilidade e preocupação com a qualidade. No entanto, caberia pensar até onde pode ir o planejamento da ciência. Schwartzman (1981:52) levanta a questão pertinentemente, questionando até que ponto a atividade científica pode ser submetida a um planejamento global integrado a um plano econômico mais amplo. Há um dimensionamento bastante amplo no entendimento da política científica que passa ser entendida como política *para ciência*, no sentido da criação de condições para o progresso científico e também *ciência para a política* contemplando-se maneiras pelas quais considerações científicas e tecnológicas influenciam decisões políticas.

No parecer de Schwartzman (1991), as ambições exageradas da política científica não deveriam funcionar como estímulo para a instauração da ciência espontânea e saber desencarnado. Por isso, Schwartzman (1991:53) argumenta que de nada vale substituir o simplismo da ciência livre, que funcionou durante muito tempo como justificação da liberdade e autonomia da vida acadêmica, pelo simplismo do planejamento e da sobredeterminação política e econômica do trabalho científico.

Para Florestan Fernandes (1975a: 114) não existe uma universidade que possa realizar idealmente função de "*universidade para o desenvolvimento*". Contudo, não sendo adepto a difusão de pessimismos e pensando em como elevar a USP, em particular, à qualidade do que ela deveria ser, num outro trabalho, Florestan (1984:117) aventa a possibilidade daquela universidade superar a resistência à mudança social revolucionária, procurando apoio entre as massas e destituídos e assim diz: *"Em vez de projetos técnicos de reforma, devemos elaborar projetos políticos, de reforma, de conteúdos explicitamente socialistas"*.

Muito se fala sobre a corrente crise de identidade dos intelectuais, esse mal estar gerado quando se trata de refletir sobre o lugar e o papel dos homens instruídos pela ciência na compreensão e transformação do mundo contemporâneo. Disse Sartre (1971:12): "*O que define um intelectual em nossas sociedades, em contrapartida, é a contradição profunda entre a universalidade que a sociedade burguesa é obrigada dar a seu saber e o quadro ideológico e político particular no qual ele está condenado a aplicá-lo (...)*". Conforme Carvalho (1991), as argumentações explicativas para o atual desconforto dos pensadores seriam múltiplas e, no entanto, parecem convergir ao salientar o descompasso entre os atuais contextos históricos, econômicos, sociais e políticos nos quais os intelectuais se movem e as circunstâncias históricas, enfaticamente de nota "aristocrática", que se encontram na gênese do trabalho científico sendo responsáveis pela conformação do *ethos* e da identidade intelectuais vigentes.

A mecânica das instituições científicas parece ardilosa na aptidão de expurgar a sensibilidade humana para fazer predominar em seus espaços o intelectual armado do discurso bem fundado e articulado cientificamente pronto a ser disparado com erudição livresca. A retórica, o gramaticismo e a erudição livresca herdada da formação humanista, derivada do século XVI português (Prado, 1985:178) atualizam-se ainda hoje nas rotinas acadêmicas. A Segunda Escolástica Portuguesa, fiel à Contra-Reforma retrógrada e conservadora, ao formalizar o contexto dos nossos primeiros contatos com a ciência e sua prática moldou a feição do pensamento científico e político à semelhança de tudo o que negava as prerrogativas do indivíduo como ser social autônomo, por conseguinte, foi banida a livre manifestação da subjetividade (Santos, 1978:18-19).

A superação desse espírito se deu em meados do século XIX, quando os intelectuais vincularam suas tarefas teóricas ao destino da Nação, portanto, não parece estranha sua persistência residual no âmbito das instituições científicas contemporâneas. Tudo se passa como

se para a instituição o mais importante fosse preservar o intelectual do impacto da subjetividade que lhe reclama a felicidade da vida ao ar livre, a sensibilidade latente e outros apelos emocionais inerentes ao humano para fazer predominar a linguagem marcada pela razão fria. Os ideais científicos remetem-se à exigência de objetividade. Hilton Japiassu (1981:75) destacou a norma fundamental da ciência: "*devemos nos ater única e exclusivamente ao que é observável. O resto não deve ser aceito nas tomadas de decisão para a segurança, defesa, expansão econômica, a ordem, a legalidade, a rentabilidade, etc. Tudo o que é subjetivo é irrealista: vida interior, sentimentos, desejos, necessidades, interesses individuais, etc*".[79]

Transpassados pelo conflito que resulta ou estimula a separação da vida acadêmica da vida cidadã, nossos intelectuais tenderiam a uma produção textual cuja referencialidade, marcada pela tradição formalista, livresca e objetivista seria restrita e, portanto, com amplitude de circulação limitada.

Dada a característica insular das ciências, nossos intelectuais não buscariam a aprovação de suas tarefas entre os cidadãos de um modo geral, mas entre seus examinadores, agências de financiamento de pesquisas, pares, colegas de sala ou departamento e outros interlocutores com os quais venham a ter em colóquios e eventos científicos, enfim a um círculo restrito que referencia sua própria comunidade científica. Merton (1968:360) empregou o conceito sociológico *grupo de referência*, cunhado por Hyman em 1942, para referir o conjunto de sujeitos que compõem a comunidade científica produtora de julgamentos de interesse ao cientista. O conceito foi considerado útil não apenas porque ajuda a explicar o comportamento no âmbito da ciência, mas porque não permite que, com facilidade, deixemos de considerar o componente das auto-avaliações.

A comprovação textual da aptidão do cientista para escrever numa língua que conta com a aprovação da comunidade científica, a reprodução de uma linguagem exclusiva à ciência funciona como índice meritório, por excelência, do trabalho científico, uma vez que nas rotinas

---

[79] Esse trabalho de Japiassu (1981) é uma crítica inflamada à ciência. O autor rejeita veementemente que a ciência permaneça em estado de autocontemplação, continuando-se a atribuir o rótulo de ciência para: *"encobrir e enfeitar todo e qualquer saber universitário, vale dizer, o saber instituído e institucionalizado pela classe dominante"* (pp.76). Segundo o autor, a ciência ensinada nas universidades é bastante alienada *"ensina-se um saber em processo de cancerização galopante.Porque seus horizontes epistemológicos são cada vez mais reduzidos"* (pp.80). Japiassu considera inadmissível a permanência de um discurso que toma *a ciência* em geral como uma entidade em absoluto, discurso que continua exigindo, em nome da objetividade, que as ciências obedeçam única e exclusivamente aos seus imperativos.

acadêmicas o formalismo hierarquiza-se sobre o realismo das imediatas intenções práticas do empreendimento intelectual.

Concordo com Wright Mills (1969:234) quando ele destaca que na relação entre a *prosa acadêmica* e a *pose acadêmica* a superação da segunda é condição para a superação da primeira. A *prosa acadêmica* responde unicamente às pretensões acadêmicas nada tendo a ver com a complexidade dos assuntos aos quais os intelectuais se dedicam. Vale repor Mills:

"Em muitos círculos acadêmicos, hoje, quem tentar escrever de forma simplesmente inteligível é condenado como 'simples literato' ou, pior ainda, como 'simples jornalista'. Talvez o leitor já saiba que tais frases, tais como habitualmente usadas, indicam apenas uma dedução espúria: superficial porque compreensível. O homem acadêmico na América está procurando levar uma vida intelectual séria num contexto social que, com freqüência, parece contrário a ela. Seu prestígio deve compensar muitos dos valores predominantes que sacrificou ao escolher a carreira acadêmica. Seu desejo de prestígio torna-se dependente de sua auto-imagem como 'cientista'. Ser chamado 'mero jornalista' faz com que se sinta indigno e superficial. É esta situação, creio, a razão do vocabulário complicado e da forma prolixa de escrever e falar. É menos difícil aprender tal estilo que não aprendê-lo. Tornou-se uma convenção – os que não o empregam estão sujeitos à desaprovação (...)"

A fala de Wright Mills funciona como resposta antecipada à crítica que faz Fábio Wanderley Reis (1991) ao apontar a adoção de uma feição histórico-jornalística exibida nos trabalhos executadas sob o rótulo de Ciência Política como prova de suas deficiências. Provando-se virtuoso aprendiz da *"canônica básica"* da área, Reis (Reis et al,1997:08) responde à pergunta de se as Ciências Sociais vão bem, comentando o seguinte:

"No plano teórico metodológico, contudo a avaliação que faço é muito restritiva e reservada. Tem-se um processo que me parece negativo. Há um certo empobrecimento ou banalização dos critérios que guiam o trabalho na área, com o predomínio de uma postura descritiva ou 'idiográfica', de cunho jornalístico, historiográfico, etnográfico... Naturalmente, numa descrição completa do quadro que temos no momento seria preciso matizar isso; quer dizer, nós certamente temos gente que aprendeu certa canônica básica e que é, em geral,

responsável pelo que acontece de positivo em diversas áreas. Mas tenho a impressão que o grosso do treinamento que está sendo dado aos nossos estudantes, mesmo em nível de pós-graduação, deixa claramente a desejar nesse aspecto. Acho que é mesmo possível dizer que temos piorado, já que no início houve um compromisso na pós-graduação pioneira em Ciência Política, com certo treinamento mais canônico, mais preocupado com o problema teórico-metodológico, mais analiticamente orientado."

A incerteza e a falta de clareza parecem fazer parte dos usos da linguagem, como dizia Wittgenstein (1984). Quando ao intelectual importa menos dizer coisas com clareza para se fazer inteligível a um grande auditório e mais acatar as convenções de uma linguagem complexa restrita ao círculo científico, ele está seguindo o cânone que o nobilita para seu ofício e reconhecimento frente a seus pares – marcando adesão às regras prevalentes na comunidade discursiva da qual faz parte. Ele demonstra tomar parte do *jogo de linguagem* quando aprende e pratica regramentos lingüísticos e manipula com significados a partir do uso de palavras de acordo com regras vigentes no grupo que o abriga. A expressão *jogo de linguagem* foi empregada por Wittgenstein para significar o sistema de uma língua ou a utilização dessa língua na forma da palavra. Em alguns contextos jogo de linguagem significa a palavra e os atos aos quais está misturada.

Ao manipular os significados das palavras de acordo com um sistema de regras específicas que fixam seu emprego, o intelectual incorpora-se a um certo grupo, mas distancia-se do público geral, aquele para o qual deveria dedicar a validade dos seus esforços cotidianos. Quando digo isto não tenho em mente os intelectuais que se aprazem encastelados nos guetos dourados das universidades, enaltecidos de suas verbosidades. Penso no intelectual como sujeito moral, aquele que se indaga sobre suas tarefas no mundo e que entende a linguagem, as palavras, como meio de influenciar a direção dos assuntos públicos. A contradição entre a recomendada distância crítica e o envolvimento nas experiências sociais e políticas da sociedade configurou, no curso do pensamento científico, um dilema para o intelectual não indiferente aos imperativos éticos de suas atividades.

Quando se fala em dar visibilidade aos sujeitos da produção científica nos estudos sociais da ciência não se pretende a instauração do simplismo da ciência livre. Não se trata de considerar que os intelectuais encontram-se plenamente autorizados, pelo exercício da

subjetividade, a falar ou escrever o que lhes der na veneta sem se tornarem alvos merecidos dos critérios de julgamento e da crítica vigilante. Se assim fosse as interpretações seriam feitas a bel prazer e, não seria de duvidar que alguém – para usar um provocativo exemplo de Peter Munz (1999:40) – afirmasse que *Don Quixote* é uma obra que trata do envenenamento de comida porque se de Don Quixote brigou com os moinhos de vento certamente é porque houve contaminação na farinha de milho.

É bastante evidente que os poderes do indivíduo têm ajustes no conjunto das regras que normatiza a atividade científica. Entretanto, quando se diz que nossas ciências são antes de tudo fenômenos sociais condicionados por fatores existenciais e sociais, pretende-se dizer que elas resultam de um amálgama entre objetivos sustentados coletivamente e crenças pessoais e particulares mantidas pelos que participam dessas coletividades (Knorr-Cetina, 1983). A atividade científica se faz em meio à negociação contínua entre pessoas de carne e osso sobre critérios de relevância, critérios de prova e verdade, recursos financeiros e autoridade de decidir quem deve ou pode fazer o quê (Schwartzman, 1991:53). E sobre quem pode ou não pode falar o quê, eu acrescentaria.

Os cientistas que se contentam com a prática da "*canônica básica*" da área, não por esnobismo, mas por ver nelas as regras da comunidade de discurso que pedem obediência, limitam-se a cumprir as exigências formais da ciência e reputam como inválidos para o progresso e qualidade científica questões de natureza subjetiva. A eles não ocorre questionar como a sensibilidade, os impulsos biográficos, o desencantamento do mundo, o sentimento de cobrança, a ânsia pela solução de problemas sociais, o exercício da autonomia com relação aos poderes constituídos, a luta contra interferências externas ou mesmo o sofrimento afetam a produção científica. Tendo o autor, na qualidade de humano, como o elemento menos importante eles se fixam nas regras da comunidade discursiva e nelas se aquietam. No seu círculo fechado, são capazes de concordar sobre o que estão dizendo por meio de palavras, considerado o acordo prévio estabelecido entre eles quanto às regras que devem seguir ao falar sobre certas coisas. Concordam entre si porque participam de uma atividade comum que os predispõem a expressarem-se de maneira comum e, assim, pacificam-se considerando a irrelevância de todo o resto.

Desde que tomemos os conhecimentos científicos como construções socialmente e contextualmente estabelecidos, é impossível abstrair dos meandros da atividade científica que

com suas rotinas e exigências influem na experiência individual dos intelectuais. Os que pensam de outro modo, correm o risco de esquecer que contextos específicos forjam identidades intelectuais distintas. Os intelectuais lhes pareceriam tipos portadores de um perfil universal e não particularizável, sujeitos imunes às influências dos espaços profissionais por onde transitam, às estruturas de poder nas quais se inserem, aos critérios socialmente estabelecidos de relevância, às condições de autoridade de decisão, às limitações orçamentárias, às intenções pessoais que mantém, aos sonhos que acalentam, entre tantos outros fatores.

Prática freqüente no âmbito científico é o obscurecimento do autor em favor do destaque da obra. Como tenho afirmado, os resultados da ciência se fazem por articulação entre contextos sociais e vidas humanas. Produtos científicos encontram-se ordenados por critérios de seleção ou decisão comandados por convicções fundadas pessoal e mantidas coletivamente. Ao envolver a luta constante para a geração de aceitação em torno de um tipo particular de afirmação, a atividade intelectual cuida de transformar o subjetivo em objetivo, o inacreditável em crível, o fabricado em descoberta e aquilo que foi meticulosamente construído em fato científico objetivo (Knorr-Cetina, 1983:122). Assim, produtos científicos são tanto marcados por critérios de decisão quanto estruturam decisões. No centro delas está o intelectual.

A expressão "*intelectual*" recobre algumas especulações vulgares. A primeira seria a tendência de tomar o termo como um título honorífico, algo como uma etiqueta que agregada a um sujeito viesse significar que ele é dotado de capacidades cognitivas incomuns, de uma inteligência superior àquelas que estão dispostas no mundo do dia-a-dia. As demais são decorrências. Aguarda-se do intelectual o cumprimento de tarefas árduas e de difícil solução. Dele se exige respostas e soluções para problemas fundamentais aos homens e à sociedade – enfim o desempenho de um papel público. Entretanto, como o retorno aparece mediatizado pela reflexão extenuante e pelo jogo de linguagem do qual participa, o trabalho intelectual passa a contar com poucos agradecimentos e, para este último caso, a denominação "intelectual" pode assumir o tom pejorativo da crítica, quando então se diz: "*isso é bem coisa de intelectual*".

As expectativas lançadas sobre esses personagens não se amiúdam. Elas remontam à utilização primordial do termo "*intelectual*", que data do caso *Dreyfus,* quando os defensores do papel do Estado polemizaram contra os inimigos da ordem nacional (Kohut, 1991:11). O *affaire* Dreyfus iniciou a história dos intelectuais engajados (Martins, 1987:79). A partir desse episódio a palavra passou a estar associada a "*compromisso civil*" (Bastos & Rêgo, 1999:24). Assim quando

em 14 de janeiro de 1898, Zola, Anatole France, Proust, Gabriel Monod, Lanson, Brunot, Segnobos e outros escritores assinaram, por ocasião do caso Dreyfus, o *"Manifeste des Intellectuales"* consolidaram a acepção corrente do termo (ainda que sob polêmica) como: *"(...) um grupo de homens não políticos, conhecidos por sua atividade prevalentemente literária que tomam posição como homens de letras com respeito a uma prevaricação do poder político, e combatem a razão do estado em nome da razão sem outras especificações, defendendo a verdade da qual se consideram os depositários e os defensores contra a mentira útil"* (Bobbio, 1997:123). A palavra, como se nota, é nova; porém o fenômeno que denota é bem mais antigo.

Amando de Miguel (1978:67), estudando os intelectuais nos Estados Unidos, soube captar o sentido da atividade intelectual quando disse: *"os intelectuais são os profissionais das palavras"*. E são mesmo. Mas, a artesania intelectual implica em incômodos óbvios, um deles é a consciência da devoção da vida a tarefas inconclusas. Conforme Fichte (1999:44), o ideal da função intelectual é tão elevado que dificilmente se pode realizá-lo plenamente, sempre permanecerá imperfeição no alcance desse ideal. Diferentemente da obra de arte, uma obra científica nunca está completa. Bem se diz que um intelectual nunca termina um trabalho acadêmico, ele o abandona. Marcado pelo sentimento de imperfeição e ausências identificáveis o produto intelectual se torna lamentável ao intelectual e por outras razões, já anteriormente apontadas, pouco elogiado pelo público em geral. Daí o refúgio do intelectual no seu círculo profissional, lugar social mais reduzido, mas de onde supostamente se poderia obter consolo junto àqueles que também não falam a linguagem do homem da rua e por isso se fazem potencial audiência para os produtos científicos.

"A autonomia do investigador, no campo da ciência, varia com a natureza dos fenômenos investigados e com os tipos de pressão, diretos ou indiretos exercidos sobre ele através de controles e valores sociais", irretocável conclusão de Florestan Fernandes (1975:121), que observou que mesmo nos países onde as Ciências Sociais encontram-se bem desenvolvidas, o investigador não tem plena autonomia na escolha de temas a serem estudados ou à constituição de uma carreira científica. Questão que tem sido apontada para marcar a especificidade das Ciências Sociais com relação às ciências da natureza e da tecnologia no que diz respeito ao fato das primeiras serem encaradas fora dos círculos especializados como *"uma espécie de consumo ocioso ou acadêmico da inteligência, de dinheiro e de energias humanas"* (Florestan Fernandes, 1975a:122). Para tornar as coisas não mais animadoras diz sabidamente Schwartzman (1991:53):

"(...) os cientistas sociais conseguem, no máximo lançar alguns conceitos que adquirem densidade por sua adoção por outros autores, mas que estão sempre em processo de reexame". Daí a exortação do autor para que as Ciências Sociais assumam papéis socialmente significantes sob pena de seu desaparecimento caso não o façam. Evidentemente, se trata de alargar as concepções mas gerais sobre as Ciências Sociais as quais, no contexto do delineamento das políticas para eficiência científica, tendem a se equiparadas a tecnologias de manipulação, treinamento e aperfeiçoamento de "recursos humanos", definidos de acordo com a lógica do sistema (Schwartzman, 1981:55).

Mas não seria pobre o consolo que o intelectual obtém na sua reclusão ao círculo fechado? E não seria a manufatura de uma ciência dirigida de dentro dos círculos fechados o maior estímulo para persistência na reclusão aos círculos especializados? Nossas responsabilidades e compromissos sociais não deveriam obrigar à expansão da ciência em direção à abertura de outros papéis e enfrentamento de questões de natureza mais aplicada, mais especializada, mais técnica?

Não deixa de ser tentador considerar que parte do problema do intelectual é resultado das relações entre intelectuais e do fato de se encontrar constrangido por normas rígidas, formalizadas como critérios úteis para fazer a adesão e reconhecimento do intelectual na comunidade de referência. Aquele que ensaia inovações nem sempre é bem visto, mais comum é que ocorra o contrário, se faça alvo de críticas cruéis. O fetichismo da vaidade, a competição aferrada, o apetite pelo poder, o desejo de conquistar posições cobiçadas dentro de sistemas de forte estratificação social e a luta pelo reconhecimento são moedas correntes no mundo contemporâneo, nele incluindo o da ciência[80].

Mas, para não manter a discussão exclusivamente no nível dos aspectos mais difíceis, é bom lembrar que a ciência é também uma comunidade de pessoas bem formadas, trabalhando com entusiasmo no ápice de suas inteligências e criatividades. Para (Schwartzman, 1979: 02) a ciência é isto acima de tudo.

Do meu ponto de vista, a maneira mais adequada para falar sobre a situação do sujeito na produção científica é mostrar como pensadores internalizam seus compromissos pessoais para

[80] Deve-se a Merton (1968) a compreensão que a comunidade científica acadêmica opera um sistema que é simultaneamente um sistema de comunicação e um sistema de recompensa pelo reconhecimento.

com a ciência e para com os destinos históricos dos sujeitos sociais. Sem esquecer de considerar a posição particular que mantém em sistemas sociais que admitem o trânsito do poder por entre suas fímbrias. Seria importante começar a se perguntar como e sob quais condições o saber científico produz algum tipo de poder necessário à reforma ou transformação das coisas do mundo humano. Ou, trataria de responder uma questão anterior colocada por Freitas (1999:53): *"(...) que privilégio - se é que existe algum – o conhecimento científico pode ter sobre outras formas de conhecimento?"*.

Assim, quem sabe entenderíamos porque a reflexão dos intelectuais acerca de si mesmos envolve o sentimento de impotência política e a percepção da desproporção existente entre o conhecimento formulado sobre os assuntos públicos e sua ausência quanto a protagonizá-los (Miguel, 1978:72). E, em acréscimo, compreenderíamos porque alguns intelectuais defendem a idéia de que somente a palavra livre de todo o poder é palavra intelectual por excelência. Para Karl Kohut (1991:16), por exemplo, a palavra intelectual precisa da liberdade política.

Levando em conta o processo de manufatura científica; política e ciência não se encontram jamais separadas. Schwartzman (1991:53) foi impecável comentando que: *"(...) a política se exerce no interior da própria atividade científica, durante sua própria elaboração, de forma inseparável do processo de construção das tradições de trabalho, práticas empíricas e consolidação de resultados – e não por cima, por fora ou em substituição a esses processos"*.

Se a atividade científica, em ato, revela suas características políticas, não existe, em contraparte, equivalência imediata entre as funções do intelectual e do político; mesmo nas situações nas quais o intelectual e o político se encontram na mesma pessoa. As tarefas que mobilizam esses dois conjuntos de homens são suficientemente distintas para que se possa confundi-los nos papéis que desempenham na sociedade. Como disse Bobbio (1997:82):

"(...) a tarefa do intelectual é a de agitar idéias, levantar problemas, elaborar programas ou apenas teorias gerais; a tarefa do político é a de tomar decisões (...) A tarefa do criador (ou manipulador) de idéias é a de persuadir ou dissuadir , de encorajar ou desencorajar, de exprimir juízos, de dar conselhos, de fazer propostas, de induzir as pessoas às quais se dirige a adquirirem uma opinião das coisas. O político tem a tarefa de extrair desse universo de estímulos diversos, às vezes opostos e contraditórios, uma linha de ação. A prática tem suas razões que a teoria não pode conhecer (...)".

Eu diria que sopra por esse lado o mal estar dos intelectuais que incessantemente se questionam sobre suas posições ante ao poder e responsabilidades no mundo – uma venerável vontade de agir, de convencer com palavras, alternada ao sentimento de impotência ante as doenças e sua dispersão, a fome, a pobreza, a marginalização, o desemprego, a violência entre tantos outros fatos sociais a exigir-lhes o empenho.

Quando o intelectual almeja seu pensamento influente em determinadas direções, mas se põe face à cruel constatação que o conhecimento não conduz a potencia política nada pode advir tão facilmente quanto a frustração. Se as teorias pedem ajuste às circunstâncias e se as teorias encontram a prática como sua limitação viria daí o atordoamento de homens que durante o dia pensam fenômenos de diversas ordens e, na noite mais longa, angustiam-se sem ação diante da precariedade que constataram para o mundo. A contemplação passiva da impotência que reconhecem em si parece tornar-se conseqüência óbvia. Assim dilacerados entre a esfera das idéias e a esfera das ações os intelectuais tenderiam a retornar à sua comunidade de referência compreendendo-se como homens que se devem incumbir prioritariamente do pensamento.

Certamente essa não é a única forma de considerar a relação pensamento e poder. Refletindo sobre a crise da universidade, Maurício Tragtenberg (1982:11-12) destacou a opção da universidade pela tecnocracia e "*formação de servos*". Seu inconformismo para com os rumos da atividade intelectual avulta a ponto de não lhe permitir absolvições ao intelectual. Diz ele (op.cit:14): "*A não preocupação com as finalidades sociais do conhecimento produzido se constitui em fator de 'delinqüência acadêmica' ou da traição do intelectual*" e, mais adiante: "*O problema da responsabilidade social é escamoteado, a ideologia do acadêmico é não ter nenhuma ideologia, faz fé de apolítico, isto é, serve à política do poder*". Do seu ponto de vista, a universidade seria: "*(...) um 'complô de belas almas' recheadas de títulos acadêmicos, de doutorismo substituindo o bacharelismo, de uma nova pedantocracia, da produção de um saber a serviço do poder, seja de que espécie for*" (op.cit.:15).

Drásticas as posições de Tragtenberg, mas compreensíveis porque conexas à defesa que o pensamento está fundamentalmente ligado à ação. Para Tragtenberg (op.cit.:16) a distinção entre "*fazer*" e "*pensar*" é artificial: "*A separação entre fazer e pensar se constitui numa das doenças que caracteriza a delinqüência acadêmica – a análise e discussão dos problemas relevantes do país constitui um ato político, constitui uma forma de ação, inerente à*

responsabilidade social do intelectual. A valorização do que seja um homem culto está estritamente vinculada ao seu valor na defesa de valores essenciais da cidadania, ao seu exemplo revelado não por seu discurso, mas por sua existência, por sua ação." Em resumo, o "pensar" sendo, em si, forma de ação estaria implicado ao contexto político. Nenhum conhecimento se presta inocente ou ingênuo quando potencialmente instrumentaliza ações de grandes grupos ou do Estado. Portanto, a análise das causas sociais das pesquisas e das responsabilidades sociais daqueles que as conduzem deveriam ser mantidas sob vigilância atenta, assim considera Tragtenberg.

A questão da relevância social do conhecimento científico é um tema delicado e polêmico. Tragtenberg está certo em suas colocações, mas também está correto Schwartzman (1981:128) ao observar que mesmo sendo um caminho importante para a conquista de espaço acadêmico, a busca da relevância social da ciência representa uma armadilha perigosa quando obriga o intelectual a renunciar valores e preocupações de sua própria comunidade, convertendo em tecnocrata o técnico, em moralista o filósofo, em ideólogo o pesquisador social e em treinador aquele que deveria ser o professor. A alternativa concedida por Schwartzman (1981:129) para escape à armadilha é conscientizar que a relevância social do conhecimento passa necessariamente pela constituição de uma comunidade acadêmica profissional de alta qualidade: "*São necessárias universidades fortes, centros de pesquisa de alto padrão, condições adequadas de trabalho e difusão de conhecimentos, e uma apreciação social pela importância da atividade acadêmica enquanto tal, para que ela possa atrair para si e reter em seu meio, como núcleo principal de lealdade, pessoas que, em outras circunstâncias, terminam absorvidas por outras responsabilidades ou atrativos sociais*"

Acredito que não possamos chegar a uma compreensão satisfatória sobre o pensamento científico e seu lugar no mundo de posse da postura prescritiva que se contenta em assinalar o que deveria ou não deveria ser parte dele. Mas se a etnografia do trabalho científico deve exceder a deontologia do ofício de intelectual não pode, ao mesmo tempo, negá-la porque nesta dimensão encontram-se distinções elementares. Contaremos sempre com os que entendem que os compromissos do intelectual se vinculam à Revolução, como confirmados nos exemplos históricos de Karl Marx ou Jean Paul Sartre. Aqueles que priorizam a função interpretativa do pensamento científico sem, contudo, subtraí-la ao pragmatismo da ação interventora, posturas

exemplificadas por Karl Mannheim[81]. E não haverão de faltar os que aguardam dos intelectuais, sobretudo, o fornecimento de uma visão compreensiva do mundo, conforme ilustra Max Weber[82]. Há uma profusão de tendências ou atitudes intelectuais porque por detrás delas existe um conjunto de forças que expressam poderes e interesses de pessoas e coletividades.

A heterogeneidade é a marca dos intelectuais e seus pensamentos. Eles podem ser progressistas ou conservadores; radicais ou reacionários; reformistas ou revolucionários; simples ou esnobes; otimistas ou céticos; libertários ou autoritários; ativos ou contemplativos; agradáveis ou insuportáveis. Os intelectuais são tantos que não se pode esquecer um dos seus tipos, muito bem descrito por Bobbio (1997:117): "*(...) Mas quando se enfrenta o problema em geral do posto dos intelectuais na sociedade, não se deve esquecer que esse debate diz respeito também aos medíocres e aos pequenos intelectuais, tanto mais que hoje os grandes intelectuais são uma raça em extinção*".

Percepção de ordem similar levou Russel Jacoby a escrever "*Os Últimos Intelectuais*", obra na qual assina o atestado de óbito da geração de jovens pensadores americanos nascida pós 1940, dada sua ausência do debate sobre as questões públicas e seu encerramento nas universidades onde sendo exclusivamente professores prescindem de um público geral. Diz Jacoby:

"*Hoje os intelectuais não acadêmicos são uma espécie em perigo. Continuam a avultar no mundo cultural porque dominaram uma linguagem pública (...) Os acadêmicos escrevem para publicações profissionais que, ao contrário das pequenas revistas, criam sociedades isoladas. Os professores partilham uma linguagem e uma disciplina. Reunindo-se em conferências anuais para trocar informações, constituem seu universo próprio. Um sociólogo famoso ou historiador de arte 'famoso' significa famoso para outros sociólogos ou historiadores de arte, para ninguém mais. Quando intelectuais se tornaram acadêmicos não tiveram necessidade de escrever numa prosa pública. Não o fizeram e acabaram não podendo fazê-lo. A correia da transmissão da cultura – a maneira inefável com a qual uma geração mais antiga*

---

[81] Importante lembrar que Mannheim, na Alemanha, era chamado de socialista róseo. Na Inglaterra, sua carreira intelectual foi marcada pela busca da conciliação entre o socialismo e a democracia o que fez recair sobre ele críticas sobre certo retrocesso intelectual e político (Fernandes, 1978:19)

[82] Conforme Schwartzman (1991:54): "*A tentativa de Weber de traçar a linha divisória entre as vocações da ciência e da política não pode ser entendidas fora do contexto do papel público que o intelectual alemão, ele inclusive, desempenhava*".

passa adiante não simplesmente seus conhecimentos como também seus sonhos e esperanças está ameaçada. A cultura geral repousa num número decrescente de intelectuais idosos sem sucessores".

O desalento é comum a Bobbio e a Jacoby quando se ressentem da ausência de genialidades versáteis. Por isso a importância de alargar a reflexão sobre o ofício intelectual a partir de uma ontologia derivada da experiência política, priorizando o exame de como cientistas sociais dedicados ao campo da saúde se posicionam com respeito ao poder e quais as correlatas repercussões para o pensamento social em saúde no Brasil. Neste sentido, importa reconhecê-los como grupo social que utiliza e cria o pensamento científico, atuando como membros de uma comunidade. Interessa saber como um contexto funcional específico forja certa produção intelectual, na medida em que estabelece o jogo de linguagem a vigorar entre aqueles que, compartilhando regras lingüísticas, problemas e percepções, se engajam numa forma particular de atividade – ser cientista social no campo da saúde. Vale, portanto, a fusão de pessoas e obras, o enfoque aos condicionamentos que se lhes submetem. Importa atinar sobre a constelação de fatos que extravasa na índole do trabalho intelectual desempenhado por cientistas sociais da saúde.

Façamos, portanto, o reconhecimento introdutório desses personagens e do tipo de atividades que vêm desempenhando quando aderidos ao mundo das questões e ao universo profissional da área da saúde.

Os cientistas sociais na área da saúde

Considero *"cientistas sociais da (em) saúde"* profissionais com formação graduada ou pós-graduada em disciplinas tradicionalmente incluídas nas Ciências Sociais e Humanas (Sociologia, Antropologia, Ciência Política, História, Pedagogia, Economia, Demografia e Filosofia) que desenvolvem atividades vinculadas à área de saúde seja nos setores de ensino, pesquisa ou serviços. Valho-me, para a identificação desses personagens, dos mesmos critérios adotados no *"Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde, 1993"*, cuja organização se deve a Ana Maria Canesqui; Madel T. Luz; Maria Cristina Lodi Guedes de Mendonça; Maria

Suzana de Lemos Souza,; Maria Tereza de O. Ewbank; Péricles Silveira da Costa e Rosa Maria Quadros Nehmy.

O referido documento foi elaborado tendo por base dados coletados pela Abrasco no **I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde,** realizado em Belo-Horizonte-MG, de 28 de setembro a 1 de outubro de 1993. Trata-se do reconhecimento pioneiro da comunidade de cientistas sociais em saúde traduzido em termos de números. As **Tabelas de 1 a 3**, a seguir apresentadas, foram colhidas de tal material a fim de possibilitar um tratamento analítico dos dados mais afinado aos movimentos das Ciências Sociais em Saúde, análise não presente na pesquisa citada. As **Tabelas 5 e 6** foram reproduzidas do material disponibilizado pela Abrasco, conforme investigação realizada por ocasião do **2º Congresso Brasileiro De Ciências Sociais Em Saúde – 1999 ,** que teve lugar entre 07 e 10 de dezembro de 1999, em São Paulo, esse último material está acessível no *site* da Abrasco.

Dentre os participantes do evento declararam-se cientistas sociais vinculados à área da saúde um total de 158 pessoas. Observando a tabela abaixo:

Tabela 1. Funções Dos Cientistas Sociais Dedicados À Área Da Saúde

Função	Profissionais	
	N	(%)
Ensino E Pesquisa	50	(31,7)
Somente Pesquisa	33	(20,9)
Somente Serviço	09	(5,7)
Somente Ensino	08	(5,1)
Ensino Pesquisa E Serviço	05	(3,1)
Pesquisa E Serviço	04	(2,5)
Sem Informação	49	(31,0)
Total	158	(100,0)

Fonte: Catálogo Brasileiro De Cientistas Sociais Em Saúde, 1993.

Constatamos que a maior parte deles, 31,7%, desempenhava suas funções profissionais de ensino e pesquisa nas universidades - principal espaço de inserção profissional. Dedicados apenas à pesquisa encontravam-se 20,9% deles. A minoria, 5,7%, estava inserida nos serviços. Os dados reafirmam aquilo que é de conhecimento geral: a principal forma de

profissionalização das Ciências Sociais são as atividades de ensino. Considerando-se a formação profissional dos cientistas sociais da saúde com atenção posta na tabela a seguir:

Tabela 2.Curso De Graduação Dos Cientistas Sociais Dedicados À Área Da Saúde

Curso	Profissionais*	
	N	(%)
Ciências Sociais, Sociologia E Antropologia, Ciências Políticas	89	(54,4)
História	13	(8,0)
Psicologia	11	(6,8)
Medicina	04	(2,5)
Enfermagem	03	(1,9)
Serviço Social	03	(1,9)
Administração De Empresas	02	(1,3)
Economia	02	(1,3)
Filosofia	02	(1,3)
Administração Pública	01	(0,6)
Arquitetura	01	(0,6)
Ciências Humanas	01	(0,6)
Economia Doméstica	01	(0,6)
Farmácia / Bioquímica	01	(0,6)
Pedagogia	01	(0,6)
Terapia Ocupacional	01	(0,6)
Sem Informação	27	(16,4)
Total	164	(100,0)

*Cinco Profissionais Têm Duas Graduações.
Fonte: Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde, 1993.

Percebe-se um maior contingente oriundo das Ciências Sociais, em contraste com reduzido número de indivíduos procedentes das ciências biológicas e biomédicas.

Com referência às procedências dos cientistas sociais da saúde, o mesmo documento registra que 60,7% deles tinham como instituições de origem as Universidades.

Em 1993, o maior volume dos cientistas sociais em saúde encontrava-se empregado em Faculdades de Medicina e Escolas de Saúde Pública e tipos afins e, em menor parte, nas Secretárias e Ministério da Saúde. Em resumo, estavam presentes predominantemente em ambientes profissionais que respondem pela educação sistemática de profissionais da saúde. Assim, seria de acreditar que estivessem tenazmente engajados juntamente com sanitaristas, epidemiólogos, planejadores e outros profissionais numa forma particular de atividade que pressupõe acordos prévios e a predisposição de todos para o consenso em torno do sentido das

atividades pedagógicas desenvolvidas e da reflexão sobre as questões de saúde e doença consideradas a partir da sua constituição teórica e vinculação às problemáticas da sociedade nacional. Questão a ser investigada.

Quanto ao tempo de dedicação à área, questões interessantes surgem com a leitura da seguinte tabela:

Tabela 3. Tempo De Atividade Dos Cientistas Sociais Dedicados À Área Da Saúde

Tempo	Profissionais	
	N	(%)
Menos de 5 anos	24	(15,2)
5 a 9 anos	33	(20,9)
10 a 14 anos	13	(8,2)
15 a 19 anos	17	(10,8)
20 a 24 anos	10	(6,3)
Mais se 25 anos*	05	(3,7)
Sem informação	56	(35,4)
Total	158	(100,0)

*Maior Tempo De Serviço – 30 Anos.
Fonte: Catálogo Brasileiro De Cientistas Sociais Em Saúde, 1993.

Nota-se que um total de 20,9% declarou entre 5 a 9 anos de tempo de dedicação, levando a concluir que a incorporação desses profissionais ao campo teria se dado entre os anos de 1988 a 1984. Um total de 10,8% possuía entre 15 a 19 anos como tempo de atividade na área de saúde – apontando seus ingressos entre os anos de 1978 a 1974. Afirmou menos de 5 anos de tempo de dedicação um total de 15,2% dos cientistas sociais em saúde, fato que leva a datar a entrada desse contingente para a área de 1988. Apenas 5 pessoas tinham mais de 25 anos de dedicação, sendo os participantes mais experientes do campo, ingressantes por volta de 1967.

Os dados indicam que a adesão de cientistas sociais ao campo da saúde contou com elevação no afluxo a partir de fins da década de 80, momento que marca a expansão do campo da Saúde Coletiva com a renovação dos discursos, práticas, lutas e conquistas em torno da democratização da saúde. O ingresso dos cientistas sociais em tais espaços, em plena efervescência, pode ser tomado como prova de confiança no potencial de colaboração das Ciências Sociais e seus praticantes.

Interpreto tais fatos como provas do potencial de crescimento das Ciências Sociais em Saúde. Sou confiante quanto à viabilidade de expansão da área quando considero as dificuldades de contração enfrentadas pelas nossas universidades, as quais comprometem o franco potencial de expansão das ciências. Se Ciências Sociais em Saúde mostraram expansão em tempos de estrangulamentos e dificuldades de contratação sua vitalidade está atestada. Outros dados que corroboram a percepção da expansão da área referem-se ao volume de apresentações de trabalhos nos eventos das Ciências Sociais em Saúde.

No I Encontro Brasileiro de Ciência Sociais em Saúde contamos com 220 participantes, no **II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde** o número de inscritos saltou para 578, contando com apresentação de 437 trabalhos de congressistas. Um fator importante a favor dessa expansão foi a dilatação na participação de profissionais oriundos das Ciências Biológicas e Biomédicas, bastante significativa se comparado ao modesto número de participantes dessas áreas no I Encontro. A partir de balanço realizado com a finalidade de avaliar o **II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde,** a Abrasco (Relatório do II Congresso de Ciências Sociais em Saúde: www.abrasco.org.br) disponibilizou informações que reproduzo a seguir com vistas a comprovar o incremento no acesso de novos profissionais para o campo.

Tabela 5. Distribuição Dos Inscritos, Segundo As Àreas Do Conhecimento No 2° Congresso Brasileiro De Ciências Sociais Em Saúde - 1999

Área Do Conhecimento / Ocupação	N	(%)
Ciências Biológicas E Biomédicas	124	33.78
Ciências Sociais E Humanas	125	34.06
Ciências Da Computação E Matemáticas	4	1.09
Comunicação E Publicidade	2	0.55
Docentes E Pesquisadores	88	23.98
Estudantes	21	5.72
Não Identificados	3	0.82
Total	367	100,0

Com expressiva participação de profissionais que declararam ter suas filiações nos campos das ciências biológicas e biomédicas, a fidelidade dos trabalhos apresentados às temáticas e metodologias das Ciências Sociais não deixou a desejar, revelando o potencial de sua disseminação no campo da saúde. Pela leitura do quadro a seguir reproduzido o leitor pode constatar a importância e pertinência das temáticas desenvolvidas.

TRABALHOS APRESENTADOS NO 2° CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, SEGUNDO TEMÁTICA. SÃO PAULO, 1999.

TEMAS	COM. COORDENADAS		PÔSTERES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
POLÍTICAS DE SAÚDE						
Reforma do estado e saúde	5	2.01	3	1.65	8	1.86
Descentralização e novas formas de gestão	10	4.02	9	4.95	19	4.41
Equidade, cidadania e exclusão	5	2.01	6	3.30	11	2.55
Controle social e participação	9	3.61	4	2.20	13	3.02
Promoção de saúde e intersetorialidade	5	2.01	3	1.65	8	1.86
Avaliação de políticas e programas	15	3.02	8	4.39	23	5.34
SUBTOTAL	**49**	**19.68**	**33**	**18.14**	**82**	**19.02**
OUTROS TEMAS DE CIÊNCIAS SOCIAIS						
Estratégias metodológicas e pesquisa em saúde	24	9.63	4	2.20	28	6.50
Racionalidades e paradigmas	10	4.02	2	1.10	12	2.78
Ética e saúde	5	2.01	-	-	5	1.16
História das instituições	14	5.62	1	0.55	15	3.48
Comunicação e redes de poder	15	6.02	9	4.95	24	5.57
SUBTOTAL	**68**	**27.31**	**16**	**8.80**	**84**	**19.49**
SAÚDE-DOENÇA: ABORDAGENS DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS						
Construção social de saúde e da doença	9	3.61	6	3.29	15	3.48
Ciclos de vida	7	2.81	12	6.59	19	4.40
Família e saúde	5	2.01	4	2.20	9	2.01
Etnia e saúde	5	2.01	-	-	5	1.16
Gênero e saúde	10	4.02	7	3.85	17	3.94
Trabalho e saúde	29	11.65	15	8.24	44	10.21
Ambiente e saúde	5	2.01	6	3.30	11	2.55
Sócio-antropologia das doenças	15	6.02	7	3.85	22	5.10
Movimentos migratórios e saúde	4	1.61	-	-	4	0.93
Dimensão social dos perfis de morbimortalidade	12	4.82	13	7.14	25	5.80
Violência	8	3.21	8	4.39	16	3.71
SUBTOTAL	**109**	**43.78**	**78**	**42.85**	**187**	**43.39**
EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE						
Educação em saúde	20	8.03	52	28.57	72	16.70
Ensino das ciências sociais	3	1.20	3	1.65	6	1.39
SUBTOTAL	**23**	**9.24**	**55**	**30.21**	**78**	**18.10**
TOTAL	**249**	**100.0**	**182**	**100.0**	**431**	**100.0**

Os cientistas sociais e seus papéis no campo da saúde

A impregnação da Saúde Coletiva pelos discursos das Ciências Sociais é intensa. Não é preciso muito para a constatação, basta tomar um livro ou um artigo da área entre as mãos e destacar, na bibliografia utilizada, o volume de autores das Ciências Sociais ou Humanas aos quais seu autor recorreu. A presença das Ciências Sociais na produção científica da Saúde Coletiva é considerável. A própria discursividade presente no campo tem o estilo das Ciências Sociais.

No campo da Saúde Coletiva, nunca percebi diferenças entre o estilo discursivo de um planejador e um cientista social, por exemplo. Faço ressalva aos epidemiólogos com vinculação mais estreita à corrente da epidemiologia clínica cuja racionalidade analítica prioriza as vertentes individualizadoras, revelando-os mais apegados aos jargões da área e relativamente refratários a discursividade das Ciências Sociais. De todo modo, o impacto das Ciências Sociais no campo é identificado de maneira tão nítida que se chega a afirmar que: "*ora a saúde coletiva aparece como simples prolongamento da crise teórica dos departamentos de medicina preventiva e social, ora como a filha pródiga das ciências sociais aplicadas à saúde*" (Costa, 1992:59).

Sendo fato a fecundidade das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, justifica-se o interesse por reconhecer o papel desempenhado por cientistas sociais da saúde quando se encontram situados funcionalmente nos locais de trabalho científico da saúde. O sociólogo, Mark G. Field (1992:13) justifica a introdução dos cientistas sociais no campo da saúde do seguinte modo:

"Já se tornou um clichê gasto dizer que as guerras são demasiado importantes para serem decididas pelos generais. Na mesma linha, parafraseando o mesmo adágio, tem-se dito que a saúde é demasiado importante para ser deixada só para os médicos. Talvez seja. À medida que nos encaminhamos para o fim desse século, chega-se à conclusão de que uma abordagem estritamente médica é simplesmente insuficiente para lidar com questões relativas à preservação da saúde, ao tratamento de doenças e à preservação da mortalidade precoce".

Se assim for, presume-se que o cientista social possua, de antemão, noção acerca dos papéis a assumir quando, com a ampliação das bases de sua profissionalização, voluntariamente

se especializa em saúde. Suas responsabilidades se veriam demarcadas pela inserção que justifica sua contratação por parte de Institutos ou Departamentos de Medicina Preventiva e tipos afins, secretarias de saúde, Ministério da Saúde etc, pelas suas orientações de pesquisa, pelas atividades que deve desempenhar, pelas promessas que ele julga poder cumprir e por outros acréscimos pessoais ou institucionalmente estabelecidos. Todavia a concepção e as expectativas que o cientista social da saúde constrói acerca de seu desempenho nem sempre coincidem com as que sobre ele são projetadas e não se revelam pequenas. Este sendo talvez o preço que os cientistas sociais continuam pagando pelo papel de *intelligentsia* que um dia desempenharam.

A consciência profissional do cientista social em saúde encontra-se dimensionada pelo uso do espírito de análise e pela postura crítica e questionadora na lida com objetos do campo da saúde. Entretanto, tal consciência não é exclusividade do cientista social da saúde. É comum aos cientistas sociais, em geral, lidar com aspectos da realidade que são negligenciados por membros de outras categorias profissionais, como por exemplo o psicólogo e o biólogo. O psicólogo insere os mecanismos da vida nas potencialidades individuais dos organismos, ao passo que o biólogo os insere num sistema de referência fornecido pela estrutura anatômica e fisiológica dos organismos. O cientista social, em contrapartida, busca reconhecer até que ponto os mecanismos da vida dependem do modo pelo qual os organismos constituem agregados e grupos sociais (Florestan Fernandes, 1974:26).

A sociologia não estaria interessada indiscriminadamente no "*estudo dos fenômenos sociais*", ela os toma na medida em que traduzem ou expressam estados de sociabilidade e de coordenação supra-individual de reações ou de comportamentos de organismos coexistentes nas mesmas unidades de vida (Florestan Fernandes, 1974:20). O mesmo se pode dizer da Antropologia e da Ciência Política. A referência das Ciências Sociais aos fenômenos sociais não é feita a partir do organismo em termos de sua estrutura e mecanismos, mas da própria teia de interações e relações sociais. O treinamento sistemático do cientista social nessa direção estrutura-lhe um padrão intelectual de investigação científica que o torna apto a se aproximar dos objetos do campo da saúde de uma forma singular, desvendando facetas insuspeitadas, multiplicando temas de investigação que estimulem a progressão de conhecimentos e contribuam para criar novas disposições de espírito.

A consciência crítica não sendo exclusividade do cientista social da saúde define apenas parte das exigências mais ostensivas da área, uma vez que a Saúde Coletiva se institui

como campo de saberes, portanto, dedicado à produção de conhecimentos, mas de práticas também. Ou, como tem sido mais usualmente referido, a Saúde Coletiva constitui-se como campo científico e como um movimento ideológico em aberto (Campos, 2000:220).

Para Amélia Cohn (1992:99-100), a Saúde Coletiva como um campo de práticas tem se caracterizado pelo predomínio da política sobre o conhecimento, uma decorrência da estratégia política do movimento sanitário brasileiro que imprimiu sua marca na produção do conhecimento que, concebido como prática política, tornou-se saber militante. Diante disso, a autora convida a área para a reflexão sobre qual a especificidade da saúde na atual conjuntura de construção e consolidação de uma ordem democrática nacional e, em acréscimo, convoca para a busca de novas questões e caminhos para o campo quando reconhece o movimento específico da Reforma Sanitária como esgotado e exitoso. Vale dizer que a Saúde Coletiva, enquanto campo de práticas, estaria demandando inovações como alavanca para o conhecimento.

Não há dúvidas que o apreço aos aspectos políticos do conhecimento configura-se num dos sentidos mais valorizados da Saúde Coletiva. O movimento da Reforma Sanitária teve muito da sua legitimidade científica e técnica referida a conhecimentos produzidos na academia. Segundo Escorel (1998:19) a formação das bases do movimento sanitário iniciou-se, na década de 60, dentro das universidades dada a quase ausência de indivíduos mantenedores de postura crítica no interior dos serviços de saúde.

Se a atividade política marcou presença nas universidades nos anos 60, desde a segunda metade da década de 50 as indagações sobre as causas sociais dos saberes também existiam e se realizavam na forma de tentativas de compor uma noção de coletivo mais propriamente social e nos primeiros esforços de estruturação do campo social da saúde por intermédio da criação dos departamentos de Medicina Preventiva e Social nas principais faculdades de Medicina do país. O específico é que, nos anos 60, passou-se ao elogio da prática política como sustentáculo para a produção de conhecimentos com resultados críticos e eficientes para responder às demandas que se faziam à política social do Estado, alimentar novas demandas sociais e mais concretamente fundamentar lutas importantes à sociedade civil no sentido da conquista dos direitos sociais imprescritíveis

Para não cometer injustiças acusáveis é bom lembrar o nome de pessoas como Carlos Gentile de Mello, Wilson Fadul, Samuel Pessoa, Josué de Castro que entre outros ampliaram, nos

anos 50 e 60, a compreensão sobre os problemas da saúde e doença no país ao impor a reflexão crítica alicerçada na formulação política.

Em termos da vida intelectual brasileira, considera-se que os anos 50 e, sobretudo, o governo de Juscelino, foi marcado por notável crescimento. Naquela ocasião, a atividade intelectual podia ser exercida com autonomia e liberdade. Contudo, no início da década de 60 a pressão conservadora foi exercida sobre os intelectuais, objetivando a dissolução das atividades independentes dos interesses das classes dominantes. Intelectuais engajados reagiram, tratando de reafirmar o papel do intelectual na sociedade fora da acomodação conservadora, com autonomia e liberto de pressões reacionárias (Fernandes, 1978:45-49).

No campo da saúde, para a ocasião, deve ser lembrada a fundação da Escola Nacional de Saúde Pública, em 1954, que criou um público atento aos resultados das pesquisas sociais em saúde. Data de fins da década de 60 o processo de implantação ou consolidação das principais instituições que visavam à investigação científica e formação de recursos humanos com habilidades para produzir conhecimentos sobre as práticas e saberes em saúde referidos às coletividades. Conforme dados de Sonia Fleury Teixeira (1985:98) e Paim (1981:57) foram eles: Departamento de Medicina Preventiva e Social da USP, criado em 1967-1968; Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, em 1965; Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que teve a oficialização de suas atividades iniciadas em 1967 no ano de 1971.

Recorde-se ainda que os anos 60 foram profundamente marcados pela defesa do planejamento global e planejamento em saúde, pautados na proposta de conhecer o Brasil traduzindo-o em números, indicadores, índices e coeficientes que permitissem contrastá-los aos países desenvolvidos (Giovanella et al, 1988).

Por outro lado, o desenvolvimento de um sistema de pesquisa e pós-graduação em Ciências Sociais, desenvolvidos no Brasil, a partir da década de 60, ao aprimorar a profissionalização do cientista social, teve como corolário a formação de instituições e núcleos de pesquisa com acesso a verbas para investigações.

Todos esses fatos são importantes para se pensar não apenas a ambientação e movimentação intelectual do período, mas também para enfatizar que a profissionalização academicamente dirigida do cientista social melhorou o treinamento em metodologias e técnicas de pesquisa, beneficiando a elaboração de pesquisas sociais com maior sustentação teórica e rigor

científico. Mas, não nos esqueçamos que a capacitação em nível de pós-graduação em Ciências Sociais não foi favorecedora da constituição de tradições de trabalho aplicado nem mesmo gabaritou seus praticantes para lidar particularmente com a temática da saúde, obrigando que os ingressantes no campo ensaiassem novos desempenhos profissionais a fim dar visibilidade as suas atividades como socialmente relevantes e significativas.

Naquele momento, o campo social da saúde vivia o experimento da Medicina Preventiva em *sua primeira fase* cuja caracterização era mais a de um movimento ideológico. A principal crítica feita ao preventivismo centra-se nesse aspecto e aponta que uma das suas grandes falhas, ao não se portar como movimento político, foi orientar-se para uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde, excluindo as práticas transformadoras e limitando-se à tentativa de modificar estritamente as relações sociais (Arouca, 1975:128; 194). Foi somente com o desenvolvimento mais tardio das práticas que se abriu a *segunda fase* da Medicina Preventiva, centrada na idéia da prática política orientada no sentido da busca de mudanças organizacionais e estruturais não limitadas ao âmbito das relações. De acordo com Arouca (1975:180), a Medicina Preventiva mantinha nexos estreitos com dois campos discursivos: prática médica - onde operam conceitos de saúde e doença, medicina compreensiva[83], medicina de comunidade, medicina integral, etc e educação médica - onde entram as noções de currículo, integração, aprendizagem, etc.

Por ocasião da primeira fase da Medicina Preventiva, a discussão sobre aspectos sociais e culturais da medicina e dos cuidados de saúde era feita a partir das *"ciências da conduta"*, ou *"ciências do comportamento"* disciplina introduzida juntamente com outras (epidemiologia, administração dos serviços de saúde e bioestatística) na graduação em medicina, nos anos 60. As Ciências Sociais naquele contexto encontravam-se engessadas desde a nomeação da disciplina feita por intermédio do uso de uma expressão historicamente utilizada, como notou Wright Mills (1969:26), como recurso de propaganda para obter financiamentos de pesquisa junto aos organismos de fomento científico que confundiam "ciência social" com "socialismo". Tratava-se de trazer para a responsabilidade das *"ciências da conduta"* a tematização e reflexão do social em conformidade com a frágil armação conceitual do discurso preventivista.

---

[83] Medicina compreensiva se refere aos conceitos da "comprehensive medicine" basicamente fundados na concepção de uma medicina integrada à comunidade.

A contribuição dos cientistas sociais em saúde na primeira fase do preventivismo foi mais limitada. Mas por fim, valeram para abrir caminho para novos começos que se fizeram apenas relativamente mais promissores com a adoção das propostas políticas transformadoras da Medicina Comunitária as quais prepararam terreno para a germinação futura de outras concretudes ao fazer e pensar em saúde.

Foi somente mais à frente, com o rompimento das amarras postas pela influência da tradição teórico-doutrinária funcionalista e desgaste e obsolescência do ideário da história natural da doença que se viu abrir a porta para inovações mais sólidas que permitiriam assistir ao desempenho de novos papéis e compromissos por parte dos cientistas sociais da saúde. Isso teve lugar nos anos 70.

A Medicina Comunitária expressou a essência da Medicina Preventiva em sua segunda fase quando se articulou ao compromisso de recompor a prática e o ensino médico. A aposta principal tornara-se a transformação do potencial dos trabalhadores da saúde que imbuídos de uma nova mentalidade e prática mudariam a si mesmos e também o social e a Medicina. Os intelectuais da saúde, inaugurando a preocupação com o cumprimento de uma missão civil, defendiam um pensar e fazer em saúde de nova ordem e cujo destino final deveria se concretizar na completa difusão e assimilação das atitudes preventivas no campo da Medicina, de sorte a assistir-se ao completo desaparecimento do preventivismo – este se configurando no dilema referido no bastante celebrado trabalho de Arouca , "*O Dilema Preventivista*", - dilema de um campo, (Medicina Preventiva) que projeta seu pleno sucesso na oportunidade de sua desintegração pela incorporação a um outro (Medicina).

Munidos de tais idéias, os intelectuais da saúde marcaram na comunidade o encontro entre a Medicina e a pessoa para tentar fazer brotar dali a compreensão da totalidade biológica e social do humano. Defendiam a humanização do cuidado, com o refinamento no trato com os pacientes, por intermédio da ampliação do entendimento dos processos sociais de criação da doença, dor e sofrimento. Acreditavam na possibilidade de libertar os homens para a vida através da disseminação e compartilhamento dos conhecimentos médicos. Lutavam para que a educação médica fosse organizada segundo os princípios sistematizados pela medicina de comunidade. Tudo sendo pensado ao tempo que se reafirmava a proposta de estimulação dos movimentos sociais reivindicatórios pela via da elevação da consciência.

Os programas de desenvolvimento de comunidade, desse modo, foram enfatizados como alternativa de mobilização contra as ordens sociais de dominação, pobreza e injustiças sociais espelhadas no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira. Ao destacar os aspectos políticos das práticas de saúde, estimulava-se a luta pelos direitos da cidadania com o incitamento popular à participação política e civil na sociedade nacional, visando sua inclusão social e admissão nos serviços de saúde. A nova conjuntura demandou conjugação de esforços de um conjunto variado de profissionais.

Orientadas pela vertente da Medicina Preventiva, as práticas pedagógicas desenvolviam-se na comunidade com equipes multidisciplinares e distribuição de responsabilidades específicas entre as diversas competências. Os médicos ocupavam-se do mapeamento sanitário. O assistente social cuidava do trabalho com grupos de intervenção. Os cientistas sociais estabeleciam metodologias para o reconhecimento das comunidades, faziam o levantamento do perfil sócio-econômico e acompanhavam os médicos e estudantes de medicina nas visitas domiciliares. Cada um revelava capacidades a serem aproveitadas ao contexto no qual a Medicina Comunitária emergia como forma particular de serviço social e atuação política.

Os cientistas sociais compunham equipes de trabalho que cuidavam de reproduzir as categorias da observação clínica na sociedade. Eram convocados, em parceria com outros profissionais, para realizar leituras do espaço social conforme as regras que norteavam a clínica. A expectativa era que com a realização do diagnóstico do espaço social se tornasse possível propor a terapêutica na forma de um conhecimento e uma ação (Arouca, 1975:179).

Ao participar das estratégias da medicina comunitária, os cientistas sociais compunham o *"trabalhador médico coletivo"*, segundo Donnangelo (1979:72), nada mais que a somatória de competências profissionais distintas unidas pela tarefa de propiciar cuidado através de práticas complementares. O pensamento preventivista, que justifica a Medicina Comunitária, orgulhava-se de situar a multidisciplinaridade como forma de geração de um novo discurso de contestação ao pensamento e a práticas médicas dominantes (Arouca, 1975:20). Considerava-se a introdução do *"trabalhador médico coletivo"* uma profunda ruptura com o caráter individualista da Medicina, um campo que historicamente havia priorizado o colóquio singular e temporal entre médico e paciente. Para falar dessa dimensão da Medicina impossível não lembrar das palavras de Peguinot, divulgadas por Donnangelo (1975:127-128):

"(...) o ato médico é um colóquio singular, isto é uma espécie de duo que não comporta no silêncio do consultório senão dois personagens: o médico e o doente. É um ato fechado no espaço e no tempo que inicia por uma confissão, continua por um exame e termina por uma prescrição. Há aí uma unidade de tempo, lugar e ação. Esse encontro, bem o sabemos, é aquele de uma técnica científica e um corpo, mas prefere-se acreditar que são essencialmente duas almas".

A expansão da atenção ao paciente se fazia mediante a ação das equipes de cuidado. Os domínios da execução do cuidado, não mais circunscritos às paredes do consultório médico, ganhavam a comunidade onde se fazia a observação de sadios e doentes e reconheciam-se os recursos médicos existentes e disponíveis à população. O contato com a população em geral previa a atribuição de uma função social e política à Medicina. Havia interesse em propiciar aos alunos ambientes de aprendizado distintos: intra-hospitalar e comunitários como fundamentos para a redefinição do trabalho médico e da formação de "agentes de mudança" que passariam a influenciar os defensores da medicina especializada no sentido da geração de nova mentalidade.

Entretanto, a Medicina Comunitária não pode cumprir todas suas promessas, refém como se encontrava de recursos analíticos precários para a abordagem do social. A tendência era fazer o deslocamento do foco dos estudos das determinações sociais dos processos de saúde e doença para o exame dos condicionamentos ambientais que contribuem para a saúde e doença. Além disso, não se indagava sobre as tensões e contradições sociais que desempenham papéis importantes no processo de produção das desordens orgânicas e mentais. Por outro lado, a excessiva simplificação tecnológica, criação de ambientes educacionais artificiais e manipulação das comunidades foram críticas duras impostas à Medicina de Comunidade responsáveis por afetar-lhe o vigor e levar-lhe inexoravelmente ao declínio.

Aderidos ao ideário do preventivismo em sua primeira ou segunda fase, cientistas sociais da saúde exerceram funções quase sempre pragmaticamente orientadas seja no âmbito das intervenções comunitárias, seja na prática da docência.

Inicialmente os cursos ministrados por cientistas sociais nos ambientes educacionais da saúde foram enfaticamente marcados pela preocupação em transmitir conteúdos teóricos, fazer a exegese dos chamados "clássicos" das Ciências Sociais sem o concomitante estímulo para pensar, juntamente com os alunos, as questões mais imediatamente referidas às problemáticas

teóricas e práticas da sociedade nacional. A ênfase na transmissão de conteúdos teóricos e excessivamente abstratos contou com expressiva reprovação por parte dos alunos. Dizia-se que *"os estudantes detestavam os teóricos da sociologia"*.

Se esses problemas não são de todo estranhos ao domínio interno das Ciências Sociais observa-se seu agravamento junto às audiências externas. Experiência pedagógica tão negativa colocou o cientista social docente numa encruzilhada incitando debates teóricos e políticos em torno das seguintes questões: ou se assumia, independentemente das preferências particulares do corpo discente, a transferência de conhecimentos sobre teoria social, apresentando as distintas correntes teóricas e seus autores ou, de outra parte, cuidava-se de redefinir o objeto das Ciências Sociais na Medicina.

Na verdade, a polêmica ocultava uma necessidade sentida - a definição do *ethos* do cientista social em saúde - ainda hoje, um tema persistente. No campo da saúde, onde a agenda de problemas a serem esgotados é sempre extensa e renovada, é bastante grande a exigência à capacidade e talento interdisciplinar dos seus intelectuais com procedências acadêmicas as mais diferentes possíveis. Além disso, a sobreposição da esfera política sobre aquela referida à produção de conhecimentos, identificada no campo da Saúde Coletiva, tem tornado o campo permeável aos conflitos que incidem sobre a disputa do *ethos* legítimo ao cientista social da saúde. Quanto a esse ponto as opiniões se dividiam.

De um lado aqueles que, advogando a favor do estatuto da cientificidade, recomendavam para o cientista social uma postura mais academicamente dirigida, no sentido do desempenho de papéis fiéis à sua formação profissional que recomenda a valorização dos clássicos da área e a condução de pesquisas compromissadas com a ciência. Para esses, as Ciências Sociais em Saúde caberia solidificar-se tenazmente mediante a adoção e defesa de um projeto acadêmico no campo da saúde, atitude que poderia resultar em sua valorização junto aos Institutos de Filosofia e Ciências Humanas. Do outro lado estavam os que acusavam as Ciências Sociais em Saúde de excessiva teorização, preocupados como se encontravam com as urgências do mundo da saúde e com a necessidade de conferir um sentido mais bem pragmático às atividades de pesquisa e docência.

Em todo caso, deve-se admitir que este não é um problema restrito ao *ethos* do cientista social em saúde, mas questão persistente no campo da Saúde Coletiva uma vez que se acusam as pesquisas desenvolvidas, sob esta rubrica, de relativa atrofia haja vista a falta de

compreensão adequada sobre o papel da investigação social em saúde que continua carecendo de um projeto acadêmico tão claro quanto tem sido o projeto político (Costa, 1992:64).

No concreto, a discussão resultou em alguns pontos discerníveis. Um deles a reestruturação do formato e conteúdo programático da disciplina Ciências Sociais Aplicadas à Saúde oferecida aos alunos dos cursos da saúde que passou a enfatizar o treinamento profissionalizante. O objetivo tornou-se apresentar, pela via das Ciências Sociais ou Saúde Coletiva, conhecimentos para a formação de competências profissionais para o setor saúde, dotadas de consciência crítica sobre os mais distintos fenômenos que cercam e expressam o mundo da saúde e a sociedade brasileira. Uma outra questão diz respeito à presença das Ciências Sociais no volume de pesquisas sociais em saúde. A difusão dos instrumentos de pesquisa, dos métodos e das teorias das Ciências Sociais é tão intensa nesse campo que, em certo sentido, nega-se a investigação em saúde que não seja mediada pelas Ciências Sociais (Costa, 1992:65). As Ciências Sociais são bastante bem vindas no campo[84].

Mas descontentamentos não estão de todo fora da cena. Uma das críticas recentes feitas aos produtos científicos da Saúde Coletiva decorre de sua impregnação pelo método histórico estrutural de vertente althusseriana. Para alguns há necessidade de ultrapassar os limites da visão estrutural determinista da teoria marxista a fim de estimular a produção de pesquisas que não pulverizem o sujeito com tinta invisível. Críticas bastante ácidas têm sido produzidas acerca do impacto do marxismo-estrutural no campo da saúde. O que se discute, nesses casos, é a sumária subtração do foco de análise dos movimentos políticos de reinserção social, da civilidade construída por processos educativos orientados, das relações sociais travadas no âmbito dos serviços de saúde, dos movimentos de cidadania que congregam sujeitos ativos na busca de políticas de integração etc.

Atualmente registra-se rejeição dos recursos das Ciências Sociais de vertente macro-estrutural que orientou as pesquisas da década de 70, acentuando a recorrência a canais de inteligibilidade micro-sociológicos que permitam focalizar as políticas sociais e de saúde

[84] Cientistas sociais não são os únicos a fazer difusão das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva. Muitos médicos, planejadores, sanitaristas e epidemiólogos, entre outros profissionais, buscam uma formação em Ciências Sociais junto às Faculdades de Filosofia e Ciências Humanas, participando de cursos de graduação ou pós-graduação, enfim tratando de compor formação em Ciências Sociais. Há médicos que são tanto ou mais cientistas sociais que um graduado na área. Por isso falar em uma produção ou na contribuição das Ciências Sociais ao campo da saúde requer o esboroamento da postura corporativa.

enquanto relações entre sujeitos (Bodstein, 1992:148). Num momento que pede a reflexão sobre as práticas em saúde, a explicação marxista parece insuficiente por se prender ao processo de alienação e pouco se estender sobre os pormenores do próprio movimento da práxis humana (Alves, 1995:79). O **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, realizado entre 28 de agosto a 01 de setembro de 2000, na Bahia, trouxe à lembrança aquele que houvera se ausentado do campo. O título do referido Congresso foi: "O sujeito na Saúde Coletiva". Com o proposto eixo de discussão se pretendia: *"tratar da superação da crise da saúde pública, em busca de saídas de fato ao alcance dos agentes históricos que, por sua prática, fazem funcionar o sistema de saúde, em seus diversos níveis, e assim interferem ativamente na realidade de saúde"* (Programa do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000: 01).

Diante do alinhamento às tendências analíticas mais micro-sociológicas, julgo necessário dimensionar as contribuições da vertente estrutural da década de 70, valiosas em si e no que permitiram a formulação do projeto político do campo social da saúde.

Recorde-se que data de 1975 a criação dos Programas de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) e Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE) – ambos implementados através de uma cooperação entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Em 1976, foi criada a Revista Saúde em Debate cuja ampliação da proposta levou à criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), entidade aglutinadora de intelectuais dedicados à democratização da saúde, engajados na luta contra o autoritarismo e a exclusão social (Felipe, 1989:60). Deve-se ao CEBES a institucionalização do chamado movimento sanitário brasileiro (Teixeira, 1997:25). Em 1979, criou-se a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva).

Foi em 1972, Cuenca –Equador, que se deu por encerrado os desempenhos das "*ciências da conduta*", dos rigores funcionalistas e da historia natural das doenças no campo social da saúde. Naquela reunião, tratou-se de introduzir como central a dimensão política, antes impregnada com certa carga assistencialista e apresentar a leitura estruturalista da obra de Marx como um novo horizonte para as pesquisas sociais em saúde que, a partir daí, ganhariam dimensão político-instrumental. Para aquele determinado momento histórico, com suas características inflexões políticas e ideológicas, o materialismo histórico foi de importância fundamental para alterar a estrutura de saber do campo, desafio a ser cumprido na abertura de um novo capítulo sobre o pensamento social em saúde.

Objetivava-se inaugurar nova precisão na forma de conceituar o social, que liberto de limitações passava a ser entendido como objeto de análise e campo de intervenção. Tratava-se de recusar o conceito ecológico de saúde, excluir a história natural das doenças e romper as vulnerabilidades da análise social centrada nos estrangulamentos analíticos das "*ciências da conduta*". Houve empenhos vigorosos nesse sentido. Na América Latina, somente entre os anos de 1970-1975, foram realizados 7 reuniões de trabalho e 14 seminários sobre o ensino das *"ciências da conduta"* ou "ciências sociais" sob apoio de organismos internacionais como a OPAS e Fundação Mildbank (Escorel, 1998:26). A crítica diligente aos modelos conceituais até então vigentes se fazia importante porque se tratava de ativar, diante de injunções sociais determinadas, uma nova estrutura de saber e prática que permitisse tratar das contradições do sistema de saúde de forma a permitir a multiplicação dos objetos e linhas de pesquisa que priorizassem a compreensão histórica da organização sanitária brasileira.

Coexistiram no tempo, porém em distintos espaços institucionais, três diferentes modos de abordar às questões e às coisas do mundo da saúde. Em meados da década de 70, contava-se a existência das duas tendências preventivistas[85], conforme já mencionadas anteriormente e também daquela inaugurada com a incorporação da abordagem histórico-estrutural no campo da saúde e que travaria luta com as demais a fim de situar-se como pensamento hegemônico dentro do movimento preventivista.

As Ciências Sociais, incorporadas no campo da saúde através da vertente histórico-estrutural contou com ampla adesão ao permitir a formulação de análises consideradas prioritárias por privilegiaram a vinculação das políticas sociais aos processos estruturais que lhes são determinantes. Visando ao reconhecimento das condições e da realidade do setor saúde no Brasil, a questão prioritária tornara-se entender a relação entre o Estado e a sociedade no processo de estruturação e oferta das políticas e práticas de saúde. Assim, tornaram-se objetos de análise: as articulações entre o campo social da saúde e medicina individual; a crise do sistema previdenciário; as práticas de saúde; as interferências das políticas econômicas do Estado na

[85] Sara Escorel (1998:28) denomina estas tendências: *tendência preventivista* (a qual identifico como própria da primeira fase do preventivismo); *propostas racionalizadoras* (que dada à ênfase na medicina comunitária identifico como o preventivismo de segunda fase, uma vez que previa a formação de recursos humanos articulada às propostas de mudanças na organização dos serviços de saúde) e *corrente médico-social* que se desenvolveu nos Departamentos de Medicina Preventiva da UNICAMP, USP, no IMS e posteriormente na ENSP caracterizada pela afinidade e defesa do método do materialismo histórico.

saúde da população; o modo de ordenação da prática médica; a educação médica; a medicina de comunidade entre um vasto número de temas e problemas.

O assentamento macro-sociológico da teoria da história permitiu apresentar o social como um campo estruturado no qual a doença assume significação. Isso possibilitou a reflexão, tida como mais robusta, sobre as relações entre saúde e sociedade, dado o enfoque a classes sociais referidas nos processos de dor e sofrimento. O corpo passava a ser entendido não como mera conformação anátomo-fisiológica, mas como corpo investido socialmente. Não que a atribuição de dimensão social ao corpo fosse inédita em teorias antecedentes ou, absolutamente exclusiva à abordagem histórico-estrutural. Mas, seguramente, ela atingiu estatuto anteriormente desconhecido quando se apresentou com firmeza a tese de que é preciso identificar os níveis da estrutura social a partir dos quais o corpo é fundamentalmente determinado (Donnangelo, 1979:25).

Nesse sentido, caberia buscar o significado social dos corpos na estrutura histórica da produção, pois que se entende que o corpo dispõe-se no mundo, antes de tudo, como agente de trabalho. Vale lembrar as palavras de Donnangelo (1979:26), clássicas porque já internalizadas no campo social da saúde: *"(...) o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos não tem significatividade igual, mas ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares, quer no plano das representações, quer ao nível da forma pela qual são incorporados à estrutura da produção social".*

Uma produção intelectual politicamente mais engajada e a elevação da consciência moral dos intelectuais foram conseqüências mais factíveis da afiliação do campo social da saúde à visão histórico-estrutural da sociedade. Se o intelectual da saúde no segundo momento do movimento preventivista rejeitava a postura asséptica e neutra indo ao encontro da comunidade para dispensar os cuidados necessários, fazer novos aprendizados e estimular a insubordinação; agora se tratava de produzir conhecimentos sobre as contradições da realidade sanitária do país a fim de promover a luta política e a transformação junto ao Estado. Os intelectuais passaram a defender a intervenção política para o benefício da sociedade.

O florescimento da teoria marxista permitiu revelar novas condições de trabalho e pesquisa aos intelectuais. Vale ouvir Escorel (1998:29): *"Esse desenvolvimento teórico determinou uma mudança gradual do panorama no interior dos DMPs: cientistas sociais foram incorporados, novos objetos de análise apresentados aos alunos, modificou-se a bibliografia*

utilizada e os próprios profissionais de saúde passaram a estudar e utilizar mais o instrumental das ciências sociais".

Se nas décadas de 50 e 60, o campo social da saúde foi ativo nas intenções políticas, indubitavelmente foi na década de 70 que se investiu em sua estruturação como área de política social de maneira a se ver definir uma produção intelectual calcada sobre objetos de saber e intervenção mais bem articulada às demandas sociais, operativas e instrumentais que serviram para confrontar e reorientar as políticas públicas de saúde.

Em fins da década de 70, com a ativação do campo da Saúde Coletiva, assistiu-se à dilatação e expansão de um movimento político-ideológico, marca e atributo do campo. A Saúde Coletiva constituiu-se em meio a uma conjuntura permeada por acirrados enfrentamentos dentre os quais se destacam: a oposição ao Estado autoritário; a contestação, no plano teórico, da medicina clínica de enfoque biologicista e a confrontação ao modelo de saúde vigente de caráter excludente e discriminatório (Burlandy & Bodstein, 1998:545). Seriam basicamente estas as posições políticas e ideológicas que originalmente caracterizaram Saúde Coletiva.

Marcos importantes sinalizaram nessa direção. Com criação do CEBES buscou-se concomitantemente privilegiar os estudos sobre os fatores que determinam a saúde coletiva e fazer a defesa da democratização da saúde e sociedade brasileiras, optando-se pelo acompanhamento e intervenção direta nas discussões políticas e institucionais do setor saúde. No primeiro editorial da publicação oficial do CEBES, a Revista Saúde em Debate (Editorial,1976:03), sentem-se fortes e francos os ventos do materialismo histórico a soprarem, arejando de otimismos o novo projeto: "*A análise do setor saúde como componente do processo histórico-social vem sendo feita de forma freqüente por estudiosos, que nem sempre encontram os veículos de divulgação mais apropriados.* ***Saúde em Debate*** *pretende ampliar e levar adiante as discussões, no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre saúde e estrutura social. Nossos colaboradores, de várias maneiras, acumulam experiência nessa área e tem na defesa dos interesses coletivos, a regra norteadora de suas realizações".*

A Abrasco concentrou importante parcela de reflexão e luta sobre a questão da saúde no Brasil. Será sob os auspícios dessa Associação, que teremos os Encontros para Avaliação dos Programas de Ensino da Saúde Pública no país e o aprofundamento de discussões importantes para o setor saúde. De outra parte, o processo de abertura política, de fins dos 70, e a agitação em torno da Reforma Sanitária foram facilitadoras para o ingresso das abordagens oriundas da

Ciência Política para o campo científico da saúde de maneira a privilegiar-se a constituição de saberes sobre a organização da política de saúde brasileira. Nas duas últimas décadas, os estudos sobre políticas foram os responsáveis por fazer o contraste com outras estações e floradas no campo social da saúde.

De certa maneira o desenrolar dos acontecimentos fixaram aquelas que viriam a ser as tarefas dos intelectuais da saúde incorporados a um campo devotado tanto à produção de conhecimentos quanto à politização da questão sanitária no país. Com esse tom se afinam as notas do pensamento social em saúde dos anos 80.

Em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, as insuficiências do modelo de atenção à saúde, caracterizado pelo predomínio dos discursos individualizantes entre outras limitações, tornam-se alvos de críticas incansáveis impulsionando o desempenho de ações que tinham como horizonte a incorporação de princípios reformadores nas políticas públicas

De posse das novas idéias uniram-se os intelectuais do campo da Saúde Coletiva que, convertidos em atores políticos, deram origem ao movimento sanitário e sua principal conquista: o Sistema Único de Saúde - SUS - criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.° 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n° 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Em fase anterior à Nova República, o movimento sanitário ocupou-se de denunciar o processo de mercantilização da saúde no Brasil, explicitando as relações entre saúde e autoritarismo e entre política social e saúde. Na sua posterior e última fase, o movimento sanitário considera ter persistido na direção das mesmas investigações, acrescentando-se a tarefa de por em prática a proposta que vinha sendo discutida em espaços limitados, na Universidade ou em alguns municípios ou projetos experimentais (Arouca, 1988:49).

O movimento sanitário exacerbou drasticamente o caráter político do campo social da saúde, mas é certo que, com o advento da Medicina de Comunidade, nos anos 60, ele se encontrava bastante vivo. É, portanto, para um campo com nítida conformação política que se faz a inclusão mais sistemática dos cientistas sociais nos anos 60 (Nunes, 1992a:60;62).

Nos anos 80 acentuou-se o interesse na intervenção política e transformação de uma sociedade que se encontrava em processo de democratização e em acirrada crise financeira. Por

isso, no interior da academia, serão levantadas discussões com a finalidade de apresentar propostas progressistas para a organização do sistema público de saúde (Levcovitz et ali, 2000:12). De fato a questão assumiu amplas dimensões quando os defensores da reforma sanitária, dizendo-se militantes da saúde foram identificados como membros do "*partido sanitário*"[86]. Independentemente das críticas que se faça ao movimento da Reforma Sanitária seu papel foi fundamental na criação de um sistema de saúde que pressupunha comando único a cada nível, processo democrático de participação social em todos os níveis, programas de auto-suficiência em medicamentos e controle dos insumos.

A vibração engajada e reflexiva se expandia no campo da Saúde Coletiva tornando-o predominantemente politizado. Marca a produção intelectual desse período a preocupação com a formulação de conhecimentos que, ao final, pudessem ser traduzidos nos princípios reformadores defendidos no âmbito das políticas públicas. Tratava-se de tentar a produção de um arcabouço teórico-crítico da realidade nacional de saúde, articulando os seguintes níveis de análise: as políticas e as instituições de saúde; os modelos alternativos da atenção médica e os padrões epidemiológicos e populacionais (Levcovitz et ali, 2000:11). As análises pontuadas pela ciência política tornam-se importantíssimas. Aquelas de timbre mais antropológico que enfatizam o estudo das representações de saúde e doença eram periféricas e ensaiavam-se timidamente.

É assim que, no transcorrer dos 80, as Ciências Sociais em Saúde deram início a um movimento de auto-reflexão no interior de seu campo de aplicação. Sob promoção da Abrasco[87], em julho de 1982 na cidade de São Paulo, foi realizada a **I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva** (Abrasco, 1982). Em 1983, foi realizado o **Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores das Ciências Sociais em Saúde** com a finalidade de atualizar e aperfeiçoar as práticas educativas desenvolvidas por cientistas sociais na graduação, residência médica, especialização ou pós-graduação em saúde.

---

[86] Conforme Gerschman (1995:41): *"A Reforma Sanitária tratou-se de um processo iniciado em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política o auto-denominado "Movimento Sanitário". Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB)".*

[87] É importante dizer que historicamente a Abrasco comprometeu-se com Ciências Sociais em Saúde. Atualmente essa Associação mantém uma Comissão denominada "Ciências Sociais em Saúde", outras são: Saúde e Ambiente; Ciência e Tecnologia; Saúde e Povos Indígenas, Epidemiologia; Profissões e Recursos Humanos; Comunicação e Saúde; Saúde do Trabalhador; Informação em Saúde, dentre outras em fase de rearticulação.

O **Curso de Atualização** foi pensado no sentido de encaminhar o debate sobre os obstáculos a um ensino de qualidade: falta de docentes qualificados, restrição nas cargas horárias destinadas aos cursos de Ciências Sociais em Saúde, falta de integração com outras disciplinas, limitação quanto ao número de pesquisas de alguns programas e escassez de oportunidades para o aprimoramento dos profissionais que se improvisam através do autodidatismo. Além disso pretendia-se gabaritar os profissionais através da discussão e aprofundamento de temas considerados como de domínio fundamental para o profissional qualificado para a docência das Ciências Sociais em Saúde (Abrasco, 1984)

No que diz respeito ao conteúdo, aponta-se ênfase na articulação entre saúde e estrutura social. Foram temas abordados: análise dos processos sociais envolvidos na questão da saúde da população e organização dos serviços de saúde; o papel do Estado na formulação e implementação das políticas públicas de saúde; os movimentos de reforma na saúde ocorridos nas sociedades capitalistas, com destaque para o Brasil; as práticas educativas de saúde e o papel do ensino das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva (Abrasco, 1982). Note-se a valorização da transmissão pedagógica de conteúdos de política social na saúde.

Assim, se nos anos 80 as Ciências Sociais em Saúde estabilizaram-se no alcance de institucionalização[88] no campo da saúde, também padeceram por ter sido objeto de certa visão instrumental e restrita que tendia identificá-las pelo exclusivo e limitado recorte da política de saúde (Nunes et al,1994:148). Ciências Sociais em Saúde eram, portanto, lidas no sentido de políticas de saúde Registre-se, além disso, a existência de tendências pessimistas que profetizavam seu fim quando da conclusão do processo da reforma Sanitária e seu retorno à produção de teoria social (op.cit: 1994:148). Típico caso de uma visão utilitarista e instrumental que concebia o papel do cientista social na área da saúde grifado pelo compromisso para com a instituição de nova forma de estruturação e acesso aos serviços de saúde no Brasil a ser consolidada no processo de passagem à democracia, ou seja, um papel reduzido à eficácia política.

Entretanto, os anos 90 fez malograda a futurologia dos pessimistas quanto ao futuro das Ciências Sociais em Saúde. Os objetos do campo da saúde expandiram-se no interesse dos

[88] Constatada pela presença das Ciências Sociais em saúde em diversos momentos da formação profissional em saúde tanto na graduação, especialização e pós-graduação (mestrado e doutorado).

cientistas sociais multiplicando-se em temas, objetos e questões que inovaram e convenceram em relevância.

As transformações sociais e mentais vivenciadas pelo século XX foram intensas e marcantes. No início do século XX a população do globo era da ordem de 1,6 bilhão de pessoas. Fechamos o século em 5,4 bilhões, ou seja, em apenas um século a população mundial quadruplicou (Schmidt, 1994:29). A elevação da produção de dióxido de carbono e de outros gases causadores do efeito estufa; os danos previsíveis do efeito-estufa sobre as calotas polares da Antártica e Groelândia; a exposição da população mundial a novas pandemias; as novas exigências institucionais de gestão de serviços; a diminuição do tamanho do Estado etc. Enfim, não haveria de ser com a finalização do processo de reformulação do setor saúde com a vitória do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que garantiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que se poria fim na agenda das Ciências Sociais em seus compromissos com a pesquisa social em saúde. Ao contrário, na conjuntura do capitalismo mundializado, confirmamos o agravamento das questões vinculadas ao processo saúde-doença-cuidado que foram oportunamente captadas numa pluralidade de objetos de investigação, de temas e problemas que exigiram a reflexão pela via da adoção de distintas orientações teóricas e metodológicas e cooperação interdisciplinar fora de ortodoxias aprisionadoras e corporativismos míopes.

Assim, ao largo da predominância da conceitualização e abordagens com acentuação política, que continuaram sendo bastante utilizadas, houve um crescimento no número de estudos dedicados à compreensão da relação saúde-sociedade focalizando representações de saúde e doença, os sistemas de cura alternativos, o imaginário e os fenômenos da cultura, a subjetividade, a constituição das identidades, os aspectos das relações sociais no âmbito das instituições de saúde, enfim, uma gama de objetos e metodologias de análise foram valorizadas. Foi desse modo que estudos antropológicos e sociológicos marcados por novas alternativas de interpretação e por novos quadros de referência passaram a ganhar terreno no campo da pesquisa social em saúde.

As Ciências Sociais em Saúde, nos anos 90, emergiram como um fenômeno de significativo vigor e crescimento. A própria qualificação dos profissionais passou a contar com considerável elevação.

Durante a ocorrência do **I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde**, realizado em Curitiba em 1995, Paulo César Alves conduziu uma pesquisa, recomendada pela Abrasco, onde constatou que dentre um universo de 137 entrevistados participantes do evento,

um total de 89 (65%) haviam obtido diploma em Ciências Sociais, Sociologia, Antropologia ou Política e apenas 9 (5,6%) tinham formação na área biomédica. Qualificados com mestrado 45,2% e com doutorado 42,7% de um universo de 124 respondentes; sendo que 59 (55%) de 107 informantes realizaram pós-graduação em Ciências Sociais e 24,3% em Saúde Pública (Alves & Rabelo,1998:15). Comprovou-se a qualificação na área de Ciências Sociais.

A nova conjuntura difere sobremaneira daquela diagnosticada, em 1983, por ocasião do **Curso de Atualização**, que assinalou a predominância de docentes de Ciências Sociais em Saúde com formação graduada em Medicina e mestrado em Saúde Coletiva (Medicina Preventiva e/ou Social, Saúde Pública, Saúde Comunitária).

Debates vigorosos tiveram lugar naquele **Curso de Atualização**, resultando importantes conseqüências para os cursos de Ciências Sociais em Saúde. Duas posturas norteavam os debates: havia os que, para a condução de disciplinas ofertadas, defendiam desenvolvimento prévio de conteúdos das Ciências Sociais para somente depois passar à seqüência de uma vertente mais aplicada e; de outro lado, aqueles que defendiam o uso de textos pertencentes ao campo da Medicina Social ou Saúde Coletiva por considerá-los como já contendo conhecimentos produzidos pelas Ciências Sociais. A maioria venceu, não sendo ela composta de cientistas sociais dada a predominância de profissionais graduados nas áreas da saúde, considero importante registrar o desfecho do debate para que o leitor possa confirmar, por si mesmo, o papel secundário que se pretendia impor às Ciências Sociais em Saúde:

"Após o debate chegou-se ao consenso, considerando que textos de Ciências Sociais deveriam servir de retaguarda, podendo até ser bibliografia complementar dos cursos, para o aprofundamento teórico-comercial[89]*; porém, desde que não se trata de cursos de formação de cientistas sociais e sim de profissionais da Saúde Coletiva, o conteúdo das disciplinas deveria ser organizado a partir do conhecimento já existente na Medicina Social, fruto da incorporação das Ciências Sociais ao estudo da saúde"* (Abrasco, 1984:150).

[89] Suponho aqui um erro de impressão, de modo que onde se lê "*teórico- comercial*" deveria estar grafado "teórico-conceitual".

A questão é importante e teve desdobramento no modo de nomear a disciplina a ser ofertada aos alunos. Conforme as posturas se difundem, os nomes da disciplina são formulados: ou se trata de estabelecer no nome a relação das Ciências Sociais com a Saúde ou de destacar a aplicação das Ciências Sociais à saúde (Marsiglia & L'Abbate, 1994:132). Por isso, a qualificação mais sólida em Ciências Sociais para o profissional que se encontra à frente da disciplina de Ciências Sociais em Saúde passou a assumir um papel decisivo para o design e estrutura dos cursos. E não somente nisso.

O aprimoramento da formação profissional leva inevitavelmente à criação de uma atmosfera de produção científica mais arejada, permitindo ao intelectual não ser prisioneiro de uma única voz ou a ver-se, por todos os lados, constrangido a render-se às vogas imperativas que, pautadas pela lógica classificatória de tipo binário, fazem a inclusão do intelectual a um certo círculo intelectual e assim legitimam sua pessoa e seu trabalho ou dele fazem sua exclusão, profetizando impossibilidade de seu acesso a alternativas diferenciadas. Estou falando aqui do patrulhamento ideológico que se exerce mais fácil em situações nas quais a qualificação carece de enriquecimentos.

Na atualidade, situar as Ciências Sociais em Saúde na posição de retaguarda revela um equívoco. Ao se antecipar à reflexão sobre importantes questões do mundo da saúde ela apresenta contribuições de importância, isso é inegável. Contudo, não se trata de conferir ao cientista social o papel de detentor soberano de conhecimentos que, de boa graça, concede aos profissionais da saúde com a benevolência de torná-los mais ciosos da envergadura social contida nos objetos de sua lida ou difusor, por excelência, de instrumentos teóricos e metodológicos prioritários ao enfrentamento das questões da do mundo da saúde. Vale lembrar, que estamos nos referindo a um campo cuja politização é ampla, povoado por profissionais dotados de senso crítico e auto-empenho para a formação em Ciências Sociais. Não se trata de fazer apologias a campos disciplinares específicos, mas de partir para a defesa das relações cooperativas e conceber que o sucesso na compreensão e transformação das coisas do mundo da saúde se fará a partir do concurso de vários profissionais. Os cientistas sociais que em suas vidas profissionais privilegiaram o objeto saúde, certamente, deverão estar entre eles.

Para finalizar caberia dizer que os cientistas sociais exercitam suas atividades no campo da saúde dentro de duas dimensões específicas e, também, da intersecção entre elas, uma delas possui caráter científico, a outra interventivo. Nessa faina que mobiliza disputa e egoísmos,

compartilhamentos e generosidades, sorrisos e angústias entre os distintos tipos de intelectuais da saúde, parece-me que o cientista social da saúde assoberba-se de tarefas e ausenta-se de refletir mais sistematicamente sobre algumas questões importantes para as Ciências Sociais em Saúde. Nós temos um conjunto expressivo de trabalhos que cuidam de dar visibilidade pública às Ciências Sociais em Saúde, mas não temos trabalhos questionando a ausência de um desenvolvimento teórico para o campo. Nós temos trabalhos que contam sobre o sucesso das Ciências Sociais ao ter a Saúde Coletiva como um campo de aplicação, mas não temos pesquisado qual a identidade das Ciências Sociais em Saúde.

Na verdade, acredito que ultrapassadas as dificuldades da institucionalização e confiantes no processo de expansão e força contemporâneas das Ciências Sociais em Saúde inauguramos, no desabrochar do século XXI, um novo momento. Trata-se agora de prosseguir na ação de pesquisas prioritárias ao campo da saúde, mas também de aprofundar a conduta auto-reflexiva para as Ciências Sociais em Saúde, inaugurada na década de 80. Estamos ainda tão desnorteadamente felizes com o "*explosivo interesse dos cientistas sociais pela saúde*", para usar uma expressão de Paulo César Alves e Miriam Rabelo (1998), e com os progressos e desenvolvimento do campo que não tem sobrado fôlego para questionar as deficiências das Ciências Sociais em Saúde. E elas existem sim.

Responder à pergunta sobre o que se tem feito sob essa rubrica é importante e contamos com pesquisas sobre o assunto[90]. Mas, cabe perguntar, também, como as atuais condições institucionais sob as quais cientistas sociais em saúde têm produzido afetam seus produtos científicos. E, ainda, indagar sobre a contribuição das Ciências Sociais para o campo da Saúde Coletiva e, num percurso, contrário, indagar sobre qual a contribuição concreta ou virtual da Saúde Coletiva para necessária construção de um projeto científico para as Ciências Sociais em Saúde que seja marca da sua identidade.

Estou enumerando algumas questões que julgo relevante sem o interesse de respondê-las aqui. Meu interesse atual é algo que precede estas tarefas, importa-me reconhecer aquilo que os cientistas sociais em saúde estão fazendo e de que maneiras o fazem, porque como Geertz (1997:244-5) considero que:

[90] Sobre o assunto ver (Teixeira,1985; Marsiglia &Rossi, 1983; Cordeiro et ali, 1974; Luz, 2000; Minayo, 2000)

"Sabemos muito pouco sobre o que sentem ou fazem, hoje em dia, aqueles cuja vida gira em torno de uma atividade determinada, seja ela criativa, pedagógica ou acadêmica. E enquanto não soubermos mais sobre essas vidas, qualquer tentativa de propor - e muito menos de responder - perguntas sérias sobre o papel que desempenha esta ou aquela disciplina na sociedade contemporânea - e na educação contemporânea - está condenada a diluir-se em generalidades apaixonadas, herdadas de um passado no qual esse papel foi tão pouco analisado como o é no presente. E é essa ignorância - e não as experiências psicológicas, as investigações neurológicas ou os modelos computadorizados - o principal adversário de uma perspectiva etnográfica no estudo do pensamento.

Por isso, meu interesse a seguir é dar nome a produtores, reconhecer suas trajetórias, colher seus depoimentos, acatar suas memórias, observá-los em seus espaços de atuação profissional a fim de tratar das suas contribuições ao pensamento social em saúde, afinal é isto que dá nome a esta tese.

CAPÍTULO 5

SOBRE A ORGANIZAÇÃO INTELECTUAL DA CIÊNCIA: O DCS- ENSP

"Entre os assuntos mais fundamentais em que Sir Karl e eu concordamos encontra-se a nossa insistência em que uma análise do desenvolvimento do conhecimento científico deve ter em consideração o modo como a ciência tem sido realmente praticada"

Thomas S. Kuhn (A Tensão Essencial)

Richard Whitley (1981:297) fez uma reclamação séria: estudos sobre a produção científica têm concedido pouca atenção aos intelectuais e ao padrão de organização social do trabalho científico. Os processos sociais e os modos como são culturalmente legitimadas as construções científicas raramente são examinados. Em outro trabalho (Whitley,1984:01), o sociólogo da Universidade de Manchester, argumentou que desde a Segunda Guerra estudos sociológicos sobre as ciências têm se dedicado a analisar as ações dos cientistas e os padrões de sua organização social independentemente do conhecimento produzido. Porque tais ausências são mesmo lamentáveis recorre-se ao etnógrafo para encaminhar o exame da produção de conhecimento como atividade de trabalho em instituições vistas como locais onde operam organizações de trabalho não necessariamente universais.

Padrões de trabalho científico podem ser pouco homogêneos, somente o contraste entre contextos sociais de produção científica permite argumentar com segurança sobre a natureza das práticas intelectuais localizadas em instituições que congregam comunidades de pensadores. Modos de produção e organização do conhecimento científico podem ser bastante heterogêneos. Generalizações antecipadas começam agora ceder lugar a perspectivas

particularizadas pela realidade. Por isso a importância do conjunto de estudos sociais sobre a construção ou alteração do conhecimento sob diferentes circunstâncias sociais[91].

No Brasil, estudos dos intelectuais e vida intelectual foram conduzidos por Simon Schwartzman em *Formação da Comunidade Científica no Brasil* (1979), obra que, segundo Miceli (1999:110), utiliza como modelo o argumento organizacional e institucionalista para explicar a atividade intelectual e científica no Brasil. O livro, editado por Schwartzman, é fundamental. Seu autor estuda a formação de nossa comunidade científica focalizando diferentes formalizações disciplinares a partir das modalidades institucionais historicamente adotadas: institutos, escolas superiores, museus. A obra está caracterizada pelo propósito de examinar a atividade científica do modo como se organiza socialmente em instituições e também aborda o relacionamento entre a comunidade científica e o ambiente social e econômico mais amplo, reconhecendo as maneiras de interpretação e relacionamento da sociedade com a ciência.

Em se tratando de estudos sobre a ciência, a tendência predominante é a proliferação de abordagens centradas no desenvolvimento conceitual da ciência, pouca atenção é dedicada às instituições científicas (Dantes, 2001:13). No entanto, deve-se reconhecer que as instituições científicas não se portam como meros locais onde se desenvolvem atividades científicas, elas são importantes para implantação de práticas e fixação de conhecimentos científicos. Confiando na produtividade do modelo organizacional e institucionalista para análise da prática científica, em correlação com a análise social mais ampla, volto-me para observar o desempenho das Ciências Sociais em Saúde no contexto do DCS- ENSP, através de alguns de seus praticantes.

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) escreve uma parte fundamental da questão da saúde pública no Brasil e do processo de desenvolvimento do campo de conhecimentos denominado Saúde Coletiva. Representa uma instituição que concentra uma realidade histórico-social bastante rica na preparação do profissional de saúde pública, sendo sua missão inaugural responder positivamente à demanda de formação de quadros para o setor saúde.

Em 03 de setembro de 1954, o Presidente da República estabeleceu a Escola Nacional de Saúde Pública, através da Lei 2.312 que dispôs normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde, a qual continha em seu artigo 5°: "*Para a formação de pessoal técnico especializado, a*

[91] Para consolidar o entendimento das ciências como historicamente contingentes e variáveis segundo circunstâncias e contextos, recorro a Whitley (1984:06) que entende: "modern *sciences as a particular kinds of work organization which construct knowledges in different ways in different contexts*"

União manterá uma Escola Nacional de Saúde Pública, à qual poderão ser equiparadas outras existentes ou que venham a ser criadas pelo Estado ou pela iniciativa privada."

A questão da localização da ENSP na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) favoreceu a respeitabilidade nacional que a instituição ostenta, representada internamente como compromisso, imparcialidade e seriedade científica. Sobre essa questão Célia Leitão Ramos[92] disse:

"A Fundação é muito respeitada aqui no Rio, pelo menos. Vou dar um exemplo bem prático: se você não tem a sua carteira de identidade a sua carteira profissional vale! O carioca respeita!. A USP era muito respeitada, a Unicamp também. Mas aqui é muito importante. Se você fala que é da Fundação Oswaldo Cruz.... O carioca gosta da Fundação, eles vêem isso aqui como uma coisa que funciona, eles sabem que aqui se faz vacina, é uma coisa muito interessante".

Deve-se recordar que a Fundação Oswaldo Cruz foi criada em 25 de maio de 1900 como decorrência da chegada da peste bubônica pelo porto de Santos em 1899. Era preciso produzir soros e vacinas contra a peste, fato que obrigava a importação de técnicas e conhecimentos sobre os microorganismos inimigos do desenvolvimento da economia agroexportadora. Contudo, a Fundação Oswaldo Cruz conseguiu ultrapassar os limites impostos à sua atuação, alargando o escopo de suas atividades rumo a promoção e desenvolvimento da saúde pública.

Benchimol e Teixeira (1993:16) estudaram comparativamente Manguinhos e Butantan e suas contribuições à institucionalização das ciências biomédicas no Brasil. Uma das conclusões oriundas do trabalho de pesquisa refere à vocação demiurga presente em Manguinhos: "*Com o decorrer do tempo, Manguinhos e Butantan ampliaram muito seu raio de ação mas, por força das circunstâncias apontadas acima, os cientistas do primeiro serão reconhecidos e se reconhecerão como agentes e porta-vozes da nação, ao passo que os do segundo terão seus horizontes limitados às fronteiras do estado (...)*". Talvez isto explique a contaminação dos

[92] Célia Leitão Ramos é docente da ENSP, mestre em Antropologia Social pela Unicamp. Pertence ao grupo dos pesquisadores que migrou da Unicamp para a ENSP.

profissionais da ENSP com uma idéia de missão nacional que frisa o exercício intelectual como atitude política.

Não seria por outra razão que, falando sobre as missões da ENSP, Arlindo Fábio Gómez de Souza[93], assim se referiu expressando um sentimento que, por suposto, haveria de referendar a postura social[94] assumida em conjunto pelos intelectuais alocados na instituição:

"*Particular compromisso tem com a luta permanente pelo direito à saúde e com a Reforma Sanitária brasileira, quer com sua concepção, implantação e avaliação, propondo e respondendo às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e à implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Tem por isso, consciência clara de sua responsabilidade social e das ações que daí derivam, bem como das relações de trabalho que desenvolve. Entende, antes de tudo, que a liberdade é a raiz para o saber. Só homens livres pensam e trabalham por uma causa superior. Sua causa é a Saúde dos brasileiros, de todos os brasileiros, lutando pela integração dos marginalizados aos direitos de cidadania. De seu trabalho dependem vidas, melhores condições de vida, melhores condições de saúde, a diminuição da dor. Não é por acaso que por seus cursos de Pós-Graduação passaram pessoas que foram e são dirigentes e gestores do Sistema Único de Saúde, nas três esferas do governo.*"(Histórico: www.ensp.fiocruz.br)

Na atualidade, a Fiocruz consiste no maior centro de pesquisa biomédica da América Latina. É vinculada ao Ministério da Saúde, cumprindo papéis sociais de extrema relevância ao país, tais como: desenvolvimento de pesquisas; produção de imunobiológicos, produção de reagentes e medicamentos; prestação de serviços médico-hospitalares; desenvolvimento de tecnologia; participação na formulação das políticas nacionais de saúde e formação de recursos humanos.

Possui vasta quantidade de cursos oferecidos em vários níveis e formas: Aperfeiçoamento; Atualização; Educação Profissional de Nível Básico; Ensino a Distância[95],

---

[93] Sociólogo, graduado pela Escola de Sociologia e Política da PUC-RJ. Faz parte do quadro da ENSP desde 1967. Foi presidente da Abrasco (1991-1993).

[94] Falar em postura social é diferente de falar em atuação social. Uma coisa é reafirmar a predisposição temática comprometida e política, uma outra é exercitá-la na prática. O quanto a produção dos intelectuais *enspianos* instrumentaliza a mudança no mundo da saúde é uma conclusão que decorreria de pesquisa sobre a produção intelectual caso a caso.

[95] A criação do programa de Educação a Distância data de 1997.

Escola de Governo[96]; Especialização Nível Médio, Nível Superior, Técnico e Treinamento, além da Pós-Graduação.

A FioCruz mantém 9 programas de mestrado: Biologia Celular e Molecular; Biologia Parasitária; Ciências da Saúde; História das Ciências da Saúde; Medicina Tropical; Saúde da Criança e da Mulher; Saúde Pública –ENSP; Saúde Pública do NESC/CPqAM e Vigilância Sanitária. No nível doutorado são 8 programas em andamento: Biologia Molecular e Celular; Biologia Parasitária; Ciências da Saúde; História das Ciências da Saúde; Medicina Tropical; Saúde da Criança e da Mulher; Saúde Pública e Vigilância Sanitária. Indiscutivelmente se trata da principal instituição formadora de recursos em saúde no Brasil.

A ENSP consiste, portanto, numa das unidades técnico-científicas da Fiocruz[97]. Sua fundação, conforme dito, data de 1954, o início dos cursos da ENSP, porém, é de 1958 (Barbosa, 1988:446). Em 1966, foi instalada no prédio atual[98]. Naquele momento foi criada a Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública a qual teve, em 1969, seu nome mudado para "Fundação de Recursos Humanos para a Saúde" e, em 1970, para Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Oliveira, 1989:361). Foi somente em 1974, que passou a Fundação Oswaldo Cruz com as abrangências atuais. Entretanto, as origens da ENSP remontam ao ano de 1925, com a criação do curso de Higiene e Saúde Pública, pelo decreto 16.682, anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que tinha como finalidade preparar médicos para o desempenho de funções sanitárias (www.ensp.fiocruz.br).

A ENSP reconhece que a preparação do profissional de saúde pública consiste em sua função prioritária. Assim, desenvolve funções de ensino nos níveis de aperfeiçoamento, atualização, especialização, mestrado e doutorado em Saúde Pública, estágio de pós-doutorado em Saúde Pública; mestrado profissionalizante em Saúde Pública, educação à distância, cursos descentralizados de saúde pública; além das atividades de pesquisa e formulação de políticas

---

[96] Escola de Governo em Saúde data de 1998.

[97] Outras unidades são: Instituto Oswaldo Cruz (IOC); Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas (CPQHEC); Centro de Pesquisas René Rachou (Belo Horizonte); Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (Salvador); Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (Recife); Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (Manaus); Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio; Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio Manguinhos); Instituto de Tecnologia em Fármacos (Far-Manguinhos); Instituto Fernandes Figueira (IFF); Casa Oswaldo Cruz (COC); Centro de Criação de Animais de Laboratório (CECAL); Centro de Informação Cient'rica e Tecnológica (CICT).

[98] Situado à Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos- Rio de Janeiro.

públicas. A idéia de condução de cursos descentralizados foi bastante inovadora, interessante e produtiva.

Os cursos descentralizados tiveram início, em 1966, com o *Curso de Atualização em Técnicas de Saúde Pública para Médicos* e foram realizados em Recife, Belo Horizonte e Porto Alegre. Em 1969, a ENSP ministrou o *Curso de Controle de Roedores*, em Belo Horizonte. Em 1975, iniciou-se a descentralização do Curso de Saúde Pública, que com a denominação de *Curso Básico de Saúde Pública* foi levado em caráter experimental a Belém do Pará, Porto Alegre e Rio Grande do Sul. O sucesso desses cursos motivou sua ampliação, de modo que, em 1976 e 1977, eles funcionaram em cinco capitais: Rio de Janeiro, Belém do Pará, Recife, Salvador e Porto Alegre. Em 1978, acrescentaram-se ainda Fortaleza e São Luís do Maranhão (Torres, 1978: 43-44).

Os cursos de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública têm oito subáreas de concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Epidemiologia Geral e Endemias; Ambiente e Sociedade; Saúde e Sociedade; Saneamento Ambiental; Saúde Trabalho e Ambiente; Toxicologia Ocupacional/Ambiental; e Políticas Públicas e Saúde. Os cursos são orientados por linhas de investigação e áreas temáticas. São 27 as linhas de investigação:

Avaliação de Políticas, Sistemas e Programas de Saúde
· Avaliação de Serviços e Tecnologias de Saúde
· Bioética, Biotecnologia e Saúde
· Cultura, Saúde e Enfermidade
· Desigualdades Sociais e Saúde
· Determinação e Controle de Endemias
· Economia em Saúde
· Educação, Saúde e Cidadania
· Epidemiologia de Doenças Crônicas
· Epidemiologia de Doenças Transmissíveis
· Formulação e Implementação de Políticas Públicas e Saúde
· Gênero e Saúde
· Informação e Saúde
· Modelagem em Saúde e Ambiente

· Nutrição e Saúde Pública
· Paleopatologia e Paleoparasitologia
· Planejamento e Gestão em Saúde
· Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada
· Profissão, Trabalho e Formação em Saúde
· Promoção da saúde
· Saúde Ambiental
· Saúde e Trabalho
· Saúde Indígena
· Saúde Mental
· Toxicologia e Saúde
· Vigilância em Saúde
· Violência e Saúde

Mantém, ainda, atividades de cooperação com outros países, no que diz respeito à formação de profissionais e desenvolvimento de pesquisas e cooperação técnica e oferece cooperação e assessoria especializada aos serviços de saúde. Em resumo, suas atividades se integram no sistema formador de profissionais, no de prestação de serviços e no de produção científica e tecnológica de nosso país.

A defesa do desenvolvimento de um papel institucional de relevo para a questão da saúde no Brasil explica o engajamento de membros dessa instituição na luta pela transformação da realidade em saúde. Em 1988, o então diretor da ENSP, Frederico Simões Barbosa, em discurso pronunciado por ocasião do Congresso Interno da Fiocruz, resumiu com essas palavras a compreensão do papel formativo da ENSP na sociedade moderna:

"*Não é preciso apenas formar profissionais em número e qualificação suficientes para a sociedade que está aí, nem tampouco prever as necessidades futuras. Faz-se mister conceber o planejamento educacional orientado no sentido de formar homens e mulheres capazes de entender a sociedade e contribuir para seu aperfeiçoamento e transformação. Esse é o sentido dinâmico da educação. (...) Nossos modelos docentes chocam-se diante da realidade que está aí a reclamar novos perfis para os profissionais de saúde*" (Barbosa, 1988:446-7).

A crítica ao enfoque à saúde sob estrito cunho biológico se fez presente na ENSP. Hoje isso soa óbvio, e no entanto, muita discussão e empenho foram mobilizados nesse sentido. A incansável defesa deu origem à criação de um Departamento de Ciências Sociais na ENSP. Arlindo Fábio Gómez de Souza viveu o processo e sobre ele me contou:

"Eu entrei na Escola de Saúde Pública, em 1967, no Departamento de Ciências Sociais. Quando tinha uma visita o diretor mandava me buscar. Era mais ou menos como quando se vai ao Jardim Zoológico - mostrar a ave rara: o sociólogo. Por mais que ele[99] *tivesse incorporado e introjetado, tanto que tinha contratado e organizado o Departamento, ele mostrava para as pessoas que tinha um Departamento de Ciências Sociais, que tinha um sociólogo. Então eu descia lá no gabinete dele, era apresentado, fazia minhas macaquices e voltava para o meu trabalho".*

Em 1993, ao abrir o I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Arlindo Fábio Gómez de Souza, então presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), confessou o sentimento impregnado nos cientistas sociais que pioneiramente adentraram a ENSP: *"Éramos duplamente marginais enquanto cientistas sociais travestidos em algum momento de sanitaristas ou preocupados com a questão da saúde pública"* (Anais, 1994:24).

É parte da estrutura da ENSP: Departamento Ciências Sociais (como citado); Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde; Departamento de Administração e Planejamento em Saúde; Departamento de Ciências Biológicas; Departamento de Saneamento Ambiental; Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana e Centro de Saúde Escola Germano Sinval. São seus Centros e Núcleos: Centro de Documentação e Informação (CEDOC); Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (CLAVES); Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde

[99] Refere-se ao diretor Edimar Terra Bloes, a quem chama de *"um médico visionário"*, dado seu empenho em agregar a dimensão social, política, cultural e econômica no exame da determinação das doenças, na organização dos serviços, na estruturação das políticas de saúde etc. A gestão de Bloes é considerada momento de modernização da ENSP.

(NUPES); Núcleo de Assistência farmacêutica (NAF); Secretaria de Desenvolvimento Educacional (SDE) e Laboratório de Informática (LABI).

O Departamento de Ciências Sociais (DCS), assim, divulga seus objetivos e propósitos sociais:

"O Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz tem como matriz fundamental de investigação a análise crítica das políticas de saúde e seus impactos sobre os processos de adoecimento e morte de indivíduos e populações do ponto de vista das ferramentas conceituais e metodológicas propiciadas pelas ciências sociais e humanas. Enfoca, em particular as questões de iniqüidade social, estrutural e de diferenças culturais referidas ao contexto sanitário brasileiro, desenvolvendo metodologias para a análise e avaliação das respostas da sociedade e do Estado diante de tais iniqüidades e diferenças" (www.ensp.fiocruz.br).

O corpo profissional do Departamento de Ciências Sociais da ENSP encontra-se de tal modo composto:

Nome	Titulação Máxima
Alberto Lopes Najar	Doutorado
Antonio Claret Campos Filho	Mestrado
Cristiano de Oliveira Moreira	Graduação
Diogo de Carvalho Cabral	Outros
Eduardo Dias Wermelinger	Doutorado
Eliane Hollanda	Mestrado
Fabiana Simões Freitas da Silva	Outros
Fermin Roland Schramm	Doutorado
Fátima Gonçalves Cavalcante	Outros
Gabriela Rieveres Borges de Andrade	Mestrado
Gisele Peixoto Barbosa	Aperfeiçoamento/Especialização
Ilara Hammerli Sozzi de Moraes	Doutorado
Isabel Cristina Silva Arruda Lamarca	Mestrado
Jeni Vaitsman	Doutorado
José Luiz Telles de Almeida	Doutorado

José Mendes Ribeiro	Doutorado
Judith Tiomny Fiszon	Doutorado
Jéssica Zacarias de Andrade	Outros
Karen Mary Giffin	Doutorado
Lenira Fracasso Zancan	Mestrado
Lidiane Rocha do Nascimento	Outros
Lorenzo Aldé	Aperfeiçoamento/Especialização
Luciana Sarmento Garbayo	Mestrado
Luis Otavio Pires Farias	Mestrado
Luiz Fernando Mazzei Sucena	Graduação
Marcelo Rasga Moreira	Mestrado
Maria Alice Pessanha de Carvalho	Mestrado
Maria Cristina Torquilho Cavalcanti	Mestrado
Maria Elisa Vianna Médici	Outros
Marta Pimenta Velloso	Mestrado
Maryanne Rizzo Correa da Costa Galvão	Outros
Márcia Maria Garcia Gomes	Graduação
Mônica Rodrigues Campos	Mestrado
Otavio Cruz Neto	Doutorado
Patrícia Bismara da Silva	Outros
Patrícia Tavares Ribeiro Lucchese	Mestrado
Paulo Renato Flores Duran	Outros
Regina Cele de Andrade Bodstein	Doutorado
Rita Leal Paixão	Doutorado
Rosana Magalhães	Doutorado
Rosimary Gonçalves de Souza	Mestrado
Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira	Mestrado
Sandra de Araújo Gonçalves	Graduação
Shersine Maria Njaine Borges	Doutorado
Sábado Nicolau Girardi	Aperfeiçoamento/Especialização
Vanderson Berbat	Aperfeiçoamento/Especialização
Willer Baumgarten Marcondes	Mestrado
Célia Leitão Ramos	Mestre

Álvaro César Nascimento	Aperfeiçoamento/Especialização
Sergio Tavares de Almeida Rego	Doutorado
Renata Luisa Sette Collazos	Outros

fonte:www.ensp.fiocruz.br

De acordo com Célia Leitão Ramos, os cientistas sociais são presença constante nos quadros políticos e administrativos da FioCruz, diz ela:

"*As Ciências Sociais sempre são lembradas. Dificilmente se compõe uma chapa ou se faz uma comissão sem que alguém das Ciências Sociais seja chamado. Eu não me lembro de ninguém ter sido recusado. E olha que participei muito de poder aqui dentro, de conchavo. Eu nunca vi ninguém ser podado por ser das Ciências Sociais. E eu sei que isto acontece na Universidade (...) É sempre interessante porque quando se compõe uma coisa assim é muito comum chamar alguém das Ciências Sociais. Como também a gente pensa em chamar alguém que não é das Ciências Sociais. Isso acontece muito aqui. A pessoa que por acaso não tem o respeito aqui – o respeito que queria – não é porque é cientista social. Talvez porque não é tão cientista social como deveria ser. Se fosse melhor cientista social seria mais respeitado. Eu acho até o contrário*"

O estudo e a análise das Ciências Sociais em Saúde na ENSP demonstram-se factíveis se incorporam reflexão sobre as características de sua prática em articulação a seu espaço social de florescimento e às suas características internas. Mas, não apenas isso, é preciso integrar níveis de análise mais ampliados, a exemplo do que foi realizado por Schwartzman (1979). Os conceitos de alternativa externalista e alternativa finalista para o progresso das ciências, conforme trabalhados por Wolf Schäfer, podem resultar em contribuições adicionais de validade.

Segundo Schäfer (1979:916), o progresso científico pode ser considerado a partir de critérios internos às ciências considerados, porém, fatores externos a elas. Teríamos, portanto, duas diretrizes implicadas no desenvolvimento científico: i- a ciência possui uma dinâmica como todo, uma dinâmica geral da ciência; ii- a ciência mantém uma dinâmica particular referida ao domínio das disciplinas. A alternativa externalista leva ao encontro com os homens e suas ciências dispostos num mundo que se altera social, política e historicamente e que por sua vez

informa mudanças nas ciências praticadas. A alternativa finalista permite reconhecer a ciência moderna como capaz de produzir condições necessárias para uma pesquisa baseada tanto nos interesses disciplinares quanto nas necessidades da sociedade, levando em consideração a possibilidade do conhecimento estratégico. Roberto Cardoso de Oliveira (2000:108) resumiu adequada e sucintamente essas duas tradições clássicas da história da ciência: a internalista trabalha na esfera das idéias e a externalista procura descrever o contexto histórico-social dessas mesmas idéias.

A alternância entre as teses externalista e finalista remete ao jogo entre as dimensões macro e micro da ciência, à compreensão de que a histórica social e a história das ciências encontram-se absolutamente articuladas. Este reconhecimento é fundamental porque recomenda o trato do campo disciplinar Ciências Sociais em Saúde em conjunção com o exame das condições históricas e sociais presentes no seu momento de florescimento e desenvolvimentos posteriores, tal como busquei fazer em capítulos precedentes. E, em acréscimo, adverte para a importância de focalizar as Ciências Sociais em Saúde e seus praticantes em comunidades identificáveis, como é o caso da comunidade intelectual da ENSP, que comporta um nível de análise mais microscópico. Neste domínio, demanda investigação do caráter e agilidades do sistema de relações sociais nas quais se realiza a produção científica e exame das atuações objetivas reveladoras de um campo científico que mantém rigores e movimentos internos.

Na ENSP, o que fazem os intelectuais formados na tradição das Ciências Sociais ou que a ela aderiram é algo nomeado como Ciências Sociais em Saúde. Não se trata de dizer que, em se alterando as condições sociais ou políticas da produção científica ou as formas institucionais que regimentam sua prática se tem lugar a emergência de algo distintamente particular ou singular a ponto de levantar interrogação acerca do seu caráter e identificação. Porém, é inegável que as questões internalistas são importantes para a reflexão sobre os processos de constituição, dinâmica ou permanência das ciências. Apesar disso têm sido pouco consideradas, conforme diz Geertz (2001:144): "*As chamadas questões internalistas – como e por que as teorias e práticas dos cientistas assumem as formas que assumem, despertam os interesses que despertam e desenvolvem a influência que desenvolvem – ficavam fora de seu alcance, sendo explicáveis, se tanto, pelas energias da razão, pelos mistérios da genialidade, ou pela simples natureza das coisas a se imprimir na mente capacitada*".

A articulação entre as tradições externalista e internalista serve para evitar a armadilha de pensar nossas ciências como produto de comunidades fechadas reunidas em razão de interesses egoístas ou ainda como algo completamente apartado da experiência de estar no mundo e alheia aos seus efeitos sociais. Trata-se, portanto de notar as ciências como sujeitas à ação de forças centrífugas e também centrípetas. As primeiras a revelar que nossas ciências encontram-se influenciadas por questões de natureza social, política, histórica e cultural e a elas responde com a expansão científica na direção do mundo e satisfação das necessidades engendradas. A segunda a acionar a dinâmica das ciências em direção a seu próprio núcleo, de maneira que seus praticantes celebram suas identidades como membros de uma determinada comunidade científica que mantém um sentido de auto-regulação, etiquetas formais e regras estáveis.

Fazendo o reconhecimento etnográfico da ENSP, notamos que a pós-graduação não reflete os departamentos. A ENSP comporta duas estruturas: uma estrutura de Departamento com nove andares e mais outras estruturas fora (centros, núcleos, laboratório). Dentre as várias instituições que a compõem, o Departamento de Administração e Planejamento Em Saúde (DAPS) e o Departamento de Ciências Sociais (DCS) são reputados como mais alinhados às Ciências Sociais através das atividades de seus membros.

No Departamento de Ciências Sociais e no Departamento de Planejamento encontram-se mais profissionais não médicos ou médicos que aderiram às Ciências Sociais. Há uma maior concentração de cérebros laboriosos no campo das Ciências Sociais no interior do DCS, mas não apenas lá. Na ENSP os cientistas sociais não estão presentes apenas no Departamento de Ciências Sociais; vários outros Departamentos empregam cientistas sociais. Além disso, existem outras unidades da Fiocruz que abrigam notórios cientistas sociais. Não seria preciso dizer que há diferenciação dos projetos profissionais desses intelectuais de acordo com seus espaços de atuação institucionais.

A Casa de Oswaldo Cruz, a título de ilustração, orienta seus pesquisadores para a elaboração da memória da FioCruz, para as atividades de pesquisa. Apesar de convidados para ministrar disciplinas, a atuação didática não é a característica elementar da inserção profissional desses pensadores. Com isso, brota o contraste entre as atividades dos intelectuais alocados no Departamento de Ciências Sociais da ENSP e aqueles da Casa de Oswaldo Cruz. Sobre isso me falou Célia Leitão Ramos:

"Aqui temos a Casa de Oswaldo Cruz onde se faz pesquisa pura (...) Acho que todo intelectual tem um certo desejo de ser um intelectual reconhecido. É o ideal de qualquer profissão; um médico quer descobrir a cura do câncer! Muitos cientistas sociais gostariam de ser intelectuais de referência, independentemente de estar num campo aplicado ou não, o desejo de ser a pessoa que vai ser citada (por exemplo, Otávio Ianni, você tem esses totens). Então eu acho que quando se tem esse projeto, nós aqui no Departamento de Ciências Sociais nunca tivemos esse projeto, mas a Casa de Oswaldo Cruz inicia com esse projeto (...) Não é que eles não tenham um trabalho manual, você chama e eles vêm dar aulas no nosso pós-graduado e no básico. O engraçado é que daí as pessoas querem saber porque estamos convidando pessoas da Casa. Agora que se está organizando o Encontro de Ciências Sociais em Saúde e isso ficou a cargo deles houve a pergunta: mas por que lá; por que não aqui? Mas tem gente daqui participando. Algumas pessoas se ressentem, como se por direito divino isso nos pertencesse (...) Tem essa coisa criada entre a Casa de Oswaldo Cruz e a gente porque eles fazem o que seria o desejo: são só pesquisadores. Mas não é verdade! Eles também dão muita aula"

Outra estrutura da ENSP é trans-departamental e identificada à pós-graduação (mestrado e doutorado): são as subáreas de concentração. A oferta das subáreas de concentração da pós-graduação não coincide obrigatoriamente com os Departamentos. No caso do Departamento de Epidemiologia, por exemplo, há coincidência com a subárea de concentração Epidemiologia, mas no DCS existem ativas duas subáreas: *Políticas Públicas de Saúde*, composta por parte do DCS e um pedaço do Departamento de Planejamento e a área denominada *Saúde e Socie*dade, composta majoritariamente por pesquisadores do DCS e membros de outros departamentos. *Políticas Públicas e Saúde* é coordenada por Jeni Vaitsman. *Saúde e Sociedade*, por Karen Giffin.

Pensar-se em sua abrangência e papel social tem sido um desafio para o DCS, que parece desejar trazer para si obrigações não abrangidas pelos demais Departamentos da ENSP, de forma a equivocar-se diante daquilo que pretende fazer e o que efetivamente pode fazer. De acordo com Célia Leitão:

"Eu acho que não dá para ser tudo. Eu acho que as instituições têm que ser um pouco claras sobre o que elas querem e podem fazer e às vezes isso fica pouco claro. Nosso Departamento está enfrentando uma crise dessa. A gente tem que tomar cuidado para não ser tudo o que não é. Tudo que não é planejamento; tudo que não é... Essa nossa crise tem a ver com que muitos conteúdos nossos já foram apropriados por outros departamentos. Não é só aqui que tem cientista social. Dificilmente tem um departamento aqui que não tenha cientista social. E é cientista social mesmo, não é médico: é antropólogo, sociólogo; se não for da graduação é da pós-graduação em alguma área."

Se a competição faz parte do menu intelectual, na ENSP os palcos institucionais do seu desenrolar são matizados. Ali as disputas entre cientistas sociais e profissionais com outras formações, por conta da questão corporativa não são as mais notórias. Willer B. Marcondes [100] tem uma leitura interessante sobre as relações funcionais no campo da saúde:

"Ciências Sociais é entendida aqui como uma área de conhecimento e não uma profissão. Qualquer pessoa que tenha uma boa formação, uma boa leitura crítica, com manejo de referenciais das Ciências Sociais atua nesse Departamento e atua bem. Existe uma convergência para a questão da saúde, ninguém está estudando aqui a formação do estado moderno. Quando a gente vem pra cá, vem porque tem uma questão com a saúde coletiva. Ninguém camufla o seu verdadeiro objeto de pesquisa sob o teto da ENSP, ninguém trapaceia. As pessoas trabalham realmente com uma referência do campo amplo das Ciências Sociais e Saúde e eu admiro muito as pessoas aqui no Departamento justamente por isso: porque se você entra pra cá para fazer uma dissertação, para fazer uma tese; pois faça da perspectiva da saúde. As vezes vem gente para cá querendo fazer mestrado que poderia ser feito ou no Instituto

[100] Willer é graduado em Ciências Sociais pela UFRJ, mestre pelo Instituto de Psico-sociologia de Comunidades e Ecologia Social da UFRJ. Em 1993, foi estagiário no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) do Hospital Universitário do Fundão e sobre esta experiência de trabalho me disse: *"Nessa experiência eu me tornei cientista social porque quando eu saí da minha área eu tinha que me explicar para outras pessoas, tinha que ser mais claro para me fazer entender. E aí foi um desafio muito grande porque eu estava com pessoas de outras áreas que também tinhas suas perspectivas com bagagem de outras leituras que eu não conhecia. (...). E também me informou sobre a possibilidade de intervenção social."* Veio para ENSP, em 1998, via participação num projeto denominado "*Homem, Saúde e Vida Cotidiana*" que vinculava o NESCO e o Núcleo de Gênero e Saúde, no DCS –ENSP. Atualmente, identifica-se como colaborador sem vínculo formal com a ENSP, sendo remunerado por trabalhar em projetos e colaborar com a disciplina de Metodologia de Pesquisa Social em Saúde para mestrado e doutorado.

de Psicologia ou no Museu Nacional e daí não – não vem fazer isso aqui não porque aqui é área da saúde. E isso não é somente um controle de qualidade temático, mas é porque existe uma proposta de pesquisa voltada diretamente para essa saída, para essa atividade, para essa intervenção; seja formando quadros para atuar em postos de decisão como sanitaristas, coordenadores de programas, pessoas que vão ocupar as secretarias de saúde ou vão ser consultores de programas e projetos de saúde. O conhecimento aqui eu percebo assim, tem a teoria , mas não deixa de ler o SUS, tem o seu projeto, mas não deixa de pensar o serviço. E aí é a grande vantagem da interdisciplinaridade, vem para cá psicólogos, assistentes sociais, alguns cientistas sociais que se não tem a experiência de serviços se beneficiam da experiência de outros colegas que tem. (...). Então, pode-se encontrar muitas coisa no âmbito da queixologia, das queixas ou denunciador – olha como não funciona -, mas por outro lado mostra onde está a falha para poder melhorar, avalia o serviço não para denunciar os pares, não num processo investigador de inquisição, mas mostra onde estão as boas práticas desse serviço. A nossa própria localização aqui inspira muito a se fazer a pergunta: a que serve nosso saber, para que? Aí você olha para lá (aponta através da janela a Favela da Maré, uma das mais violentas do Rio de Janeiro) e isso, para mim, é uma motivação muito grande, o medo que sinto quando saio daqui à noite me ajuda muito a entender para que estou estudando algumas coisas, porque que eu tenho que ler o SUS quando penso em algum projeto a ser desenhado. Então, eu tenho uma admiração pela ENSP pela formação de pessoas que irão ocupar braços de políticas públicas. Tem uma usina de inteligência aqui e o pessoal tem que ser bom em reciclagem, reciclagem de lixo, em coleta seletiva e propor atividades como acontecem. Eu estou num programa de Desenvolvimento Local Integrado Sustentável (LIS) que se volta para o complexo de Manguinhos, que é essa comunidade aqui ao nosso entorno."

Perguntei a José Mendes Ribeiro[101] se os cientistas sociais mantinham uma posição arrogante na ENSP, se lhe era perceptível a tendência de se comportarem como conscientizadores, por excelência. Informou-me:

---

[101] Sobre sua formação e interesses diz Mendes: *"sou da saúde por uma questão de opção profissional, eu sou médico formado em 1977 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio. Fiz residência em Infectologia, uma especialidade clínica com interface com a parasitologia, epidemiologia, embora seja especialidade clínica, mas que em geral as pessoas que tenham um pouco mais de tropismo pela Saúde Pública ficam nessas atividades: doenças infecciosas, parasitologia, infectologia, pelo menos no meu tempo era assim. Esse*

"Eu nunca vi ninguém fazer isso. Porque conscientizar, para mim não é uma questão de profissão. É uma questão de cidadania, a relação indivíduo/sociedade ela é apenas tratada de uma forma científica pela sociologia, mas os valores...Achar que a sociedade e seus problemas serão resolvidos de forma social, isso não pertence à sociologia, pertence a uma visão de mundo, uma ideologia, uma política. E aí você tem que pensar quem são os médicos que estavam e estão na ENSP, na Saúde Pública? Todo mundo de esquerda: ex-militante do Partido Comunista, dos movimentos trotskista, do Partido dos Trabalhadores, dos movimentos leninistas, pessoas que não foram ligadas a partidos mas participaram de correntes políticas no passado, que formaram uma coalizão de esquerda na época da Reforma Sanitária. Então, chegar um cara aqui e querer conscientizar fulano que foi clandestino perseguido da ditadura? A área de Preventiva, de Saúde Pública no Brasil sempre foi muito povoada pela esquerda. Então chegar aqui e dizer porque tem um diploma de bacharelado em Sociologia achar que vai conscientizar? Nunca ninguém fez isso na minha frente. E acho que o que afirma o sociólogo é o domínio mais específico de uma técnica que alguém de uma formação médica não detém, que vai adquirindo na pós-graduação, pelo convívio, vai aprendendo com o sociólogo aí é uma outra história. Não é uma relação de catequese: é uma relação de troca de informação, vivência. Eu não vi isso aqui. Pode ter havido anterior a mim. Isso é bom você conversar com o pessoal que estava aqui antes. Falar com Arlindo, Célia Leitão, Nilson, esse povo vai te contar essa história da década de 70. Esse Departamento é resultado disso, eles contam isso: que o Departamento de Ciências Sociais da ENSP foi formado por sociólogos, por pessoas que vieram de Campinas também.

---

era o meu contato com a saúde como médico, com a Saúde Pública vem com a militância política que já tinha na época do movimento estudantil, pelo objeto da residência e depois por atividade clínica em programas de saúde comunitária, programas de educação e promoção à saúde em áreas de favelas, que eram muito populares na década de 80 e agora estão mais organizados em torno do Programa de Saúde da Família. Mas na minha época não tinha isso, tinha programas vários comunitários tocados por Prefeitura. Em 1988 fiz uma prova de acesso ao mestrado aqui na ENSP, passei. Na verdade 11 anos depois de formado médico. Daí entrei de vez na Saúde Pública, fiz mestrado, doutorado. Doutorei em 1995, o teu orientador foi da minha banca. Então tudo aqui pela ENSP e virei mobília aqui. Já como mestre eu era bolsista por projetos que me davam inserção profissional em grupos de pesquisa.Meu orientador de mestrado foi o Nilson Rosário Costa e do doutorado Lilia Blima Schraiber, da USP. Mas, a minha primeira inserção profissional, mais contratual, com a ENSP foi em 1995 logo depois do doutorado que eu entrei como pesquisador visitante (de 1995 a 1997 como visitante, renovei a bolsa FAPERJ de visitante) e no meio da bolsa teve um concurso, em 1998, passei e fiquei como pesquisador adjunto. Objetivamente entrei, em 1995, como visitante num projeto da área de Políticas Publicas, o nome da sub área Políticas Públicas de Saúde, que é o modo como é dividida nossa pós-graduação." É o atual chefe do DCS.

Então tem essa coisa de contra-hegemonia, de um local onde se pudesse formar uma nova percepção dos processos e aí sim isso explica os médicos estarem no DAPS (Departamento de Análise e Planejamento em Saúde) e aqui os não médicos. Aí tem que pegar que eles falam isso. Eu não vivi isso. Eu já cheguei com essa conta resolvida, pelo menos eu não percebi muito isso."

Sobre o mesmo assunto vale registrar a fala de Lenira Zancan[102] por revelar outra interpretação sobre dos cientistas sociais empregados no DCS-ENSP:

"O papel do cientista social está vinculado a uma perspectiva crítica e não absolutamente imediatista ou utilitarista. Tem também o papel de fomentar uma reflexão mais científica e menos de resposta rápida aos problemas com relação à área de ensino. Contribui para pensar e oferecer algumas disciplinas que são fundamentais para que se desloque um pouco essa perspectiva de identificar problemas e soluções de uma forma imediata; da correção da intervenção imediata. E informa, absolutamente, esse campo das políticas públicas e da relação Estado-sociedade. Quando se fala da contribuição das Ciências Sociais ao pensamento social em saúde no Brasil; ele próprio é constituído pela contribuição das Ciências Sociais; quando pensa a saúde, as questões biológicas, a questão da dependência da saúde a todo um contexto de produção humano e sociológico, enfim. Esse é o tema básico das Ciências Sociais, agora existem disciplinas, perspectivas, que trabalham mais ou menos isso ou lêem esse processo de maneiras diferentes. A Saúde pública não é medicina, não é tecnologia, ela é um outro campo. Mas ela é um outro campo exatamente pela contribuição interdisciplinar, fundamentalmente das Ciências Sociais, como da Psicologia, da Ecologia, Epidemiologia, da Antropologia, da Ciência Política, da Bioética (que não é uma ciência mas é um pensamento aplicado que incorpora contribuições das Ciências Sociais e da Psicologia e cria um campo). Eu tenho agora uma certa dificuldade de dizer a parte que cabe às Ciências Sociais nessa coisa que é um produto interdisciplinar."

Muitos dos profissionais contratados para o Departamento de Ciências Sociais são oriundos de outras áreas de saber que não as Ciências Sociais. O viés de formação acadêmica privilegiada como requisito para os concursos do DCS não é Ciências Sociais. Apenas

[102] Lenira Zancan é docente do DCS-ENSP, graduada em Ciências Sociais, mestre em Saúde Pública pela ENSP.

recentemente houve um concurso para contratação docente que pediu por cientista social. Obtive de Célia Leitão Ramos uma leitura interessante sobre a convivência profissional no DCS:

"Se o Mendes[103] *discutir com você; você não vai dizer que é porque ele é médico. Ele vai discutir como político, você pode concordar ou discordar com ele pela idéia, não porque ele é médico. Ricardo Lafetá, Hésio Cordeiro, Reinaldo Noronha, Sergio Arouca, Ana Maria Tambellini, Nelson Rodrigues dos Santos, Lilia Blima Schraiber, Maria Dutil ... Se esses caras não falarem que são médicos você não vai achar que são médicos. A abordagem deles não é uma abordagem de médicos. É verdade que os cientistas sociais lutaram muito, mas tivemos aliados médicos de primeira hora: o Gentile de Melo era médico; a Nísia da Silveira é médica, o Paulo Amarante. Houve sim um grande encontro".*

Célia não expressa um ponto de vista incomum. Willer Marcondes ao responder minha pergunta *"você acredita que ainda hoje exista desconhecimento que o campo da saúde é um bom espaço para profissionalização do cientista social?"*, abordou a questão de modo interessante sem, contudo, deixar de se reportar à questão da convivência profissional:

"Completo, completo. Eu sinto como se eu tivesse achado um universo completamente diferente: a ilha do tesouro. Realmente, eu estava muito insatisfeito com minhas possibilidades nas Ciências Sociais. Achei, na minha graduação, minha área pedante, hermética e extremamente elitista na sua exclusão dos próprios pares, da sua crueldade com outras instituições e eu disse, não quero participar disso de jeito nenhum, tanto que troquei e fui fazer publicidade. Arrogante por arrogante, eu disse, prefiro enfrentar gerente de marketing que ficar com professores assim. Mas, tinha alguns que me cativaram, tinham uma outra forma de lidar com as Ciências Sociais. Esses é que marcaram minha vida, aqueles que têm brilho no olho que é contagiante. Um que me disse: cientista social tem que inventar sua intervenção, invente sua inserção social. Isso já me valeu o curso. Não é só ensino e pesquisa, tem um monte de coisa que se pode criar com isso. E o movimento social era um lugar legal e aí foi a coisa da ilha do tesouro, eu descobri a possibilidade de trabalhar sem entrar naquela coisa que eu considerava

[103] Refere-se a José Mendes Ribeiro, atual chefe do Departamento de Ciências Sociais.

mesquinho, arrogante, pedante, elitista. Isso da alta roda da vida acadêmica, da alta roda da intelectualidade Essa coisa de médico e cientista social. Eu não lido com ortopedista. Na disciplina que eu colaboro, eu vejo isso: o cara que passou para cá, se ele passou é porque ele quer ver significados sociais. Então o cara já descobriu sua ilha do tesouro, percebendo que ele pode fazer algo mais, um além, um algo mais. Então o cara já vem aqui e já vê como par, um par que não é da mesma área , mas é par segundo as oportunidades qualitativas; outros referenciais de metodologia e análise. Então minha experiência é com uma amostra de médicos que já percebeu o interesse na abordagem qualitativa e qualitativo já como quase sinônimo de Ciências Sociais. Mas o pessoal é o máximo, pessoal da Epidemiologia, pessoal que fez a residência médica e veio para cá é o pessoal que tem uma operacionalidade com as Ciências Sociais, que reconhece o valor da abordagem social."

Quando perguntei a Mendes: *o que é o Departamento de Ciências Sociais no conjunto ENSP? Qual a avaliação você faz do DCS em termos da produção, da contribuição científica e respostas que dá aos serviços?* Ele, de modo muito franco e natural, abordou uma outra questão bastante significativa:

"Altíssima, altíssima contribuição. Em termos de publicação, nós somos enquanto departamento, se usarmos os índices de avaliação da Capes e essa coisa toda, o nosso departamento é um dos principais da Escola em termos de publicação stricto sensu. Os professores que não tem doutorado, têm uma vida institucional na produção de cursos lato sensu muito intenso; treinamentos no Ministério, o pessoal viaja dando cursos para o país inteiro. A gente mapeou a participação dos nossos professores nesses programas lato sensu: é enorme para as instituições governamentais. E tem hoje na Escola, principalmente de um ano para cá, um programa que não é mais um programa é uma estrutura que é a Escola de Governo em Saúde, que é uma coisa mais complicada de explicar. A Escola de Governo em Saúde é ligada à diretoria da ENSP, tem um diretor que é o Antonio Ivo que é o responsável pela Escola de Governo em Saúde, ela está canalizando todos produtos e atividades ligadas a demandas governamentais para ela; tanto na área de educação à distância, mestrado profissional, cursos na área de lato sensu, quanto uma coisa que está entrando agora: pesquisas na forma de consultoria e solução de problemas governamentais. Por exemplo: tem uma concorrência do

Reforsus – Avaliação de Sustentabilidade do Reforsus – isso aparece no Edital, tanto a Escola de Governo pode pegar o Edital e divulgar na Escola e chamar projetos para encaminhar, que é a tendência para os próximos anos, enquanto ela está se institucionalizando, como acontece o contrário quando têm pesquisadores que chegam lá, tipo Eu o Nilson e o Gadelha, formamos uma equipe e queremos concorrer em nome da Escola. Só vai dar problema se chegar um outro grupo para concorrer."

Objetivando o desenvolvimento dos argumentos de Mendes, fiz-lhe o contraponto: *mas, também pode dar problema se um outro grupo disser que essa equipe, na verdade, está vendendo serviços ao governo quando já se encontra empregada para exercer essa função, certo?* Foi o que ele apresentou como seu ponto de vista:

"Aí é um outro problema das instituições públicas e a nossa tem também. Vai ou não ter Fundação de Apoio e você vai ganhar projeto fora e se remunerar? Eu sou a favor disso, sem isso acaba. Tem gente que é contra e aí é um debate pesado da Fiocruz, menos da ENSP, porque a ENSP montou a Fundação de Apoio, hoje é da Fiotec, é da Fiocruz inteira. Tem vetos à Fundação de Apoio e tem apoios e tem um acordo de convivência. Convivência conflitiva, mas aí é outro assunto não tem a ver com essa questão da disciplina , é um problema político. Isso vive aqui, na Unicamp, na USP, na UFRJ, é o debate sobre como ficam as organizações públicas não estratégicas do governo e suas relações com os mercados, como é que isso vai se resolver. Isso é uma coisa em curso no país. Todos os lugares vivem essa discussão: você vai trabalhar pela isonomia, pelo salário que o governo paga pelo orçamento público ou vai captar fora? Eu sou totalmente a favor, eu não acho que a Universidade, Fundação de Apoio seja núcleo estratégico de governo como é a Receita Federal, Polícia Federal, Exército, Judiciário. Isso aí é típico do governo, acho que essas pessoas não podem fazer greve, tem que ganhar muito bem – isso é núcleo estratégico. O resto é mix, mas tem que ter uma parte que é proporcional que cada um consegue captar."

No parecer de Eliane Hollanda as disputas corporativas não situam os principais conflitos do Departamento, a informante deixa claro que o debate sobre a captação de recursos tem feito as polarizações na ENSP, contrariamente ao que considera Mendes. Palavras dela:

"Eu acho que a clivagem central hoje não se dá em torno de questões corporativas aqui nesta instituição. Eu acho que se dá em cima de uma discussão sobre qual é nossa missão, até que ponto nós temos que incorporar dinheiro de fora, até que ponto nós temos que ser servidores públicos. Eu acho que é essa a clivagem central e fundamental; até mesmo porque os salários estão muito deprimidos. Tem gente que faz tanta assessoria, tanta assessoria que não consegue se dedicar à instituição. Critica-se muito o pessoal do sétimo andar por isso[104]*. Estou te reproduzindo o que eu ouço. Acho que nossa clivagem central é: qual nossa missão como instituição pública; o que é uma instituição pública?A questão não é corporativa. Vejo as pessoas se engalfinhando por causa de projetos. Nós temos uma questão seria aqui Marlene, principalmente doutores não querem dar aulas no curso básico (...). Grandes intelectuais brasileiros não se negam à graduação, mas aqui não! Aqui nós não temos graduação, temos especialização para cima, aperfeiçoamento, atualização e vivência. Mas tem gente que se nega".*

Para Mendes a questão corporativa não tem repercussão que lhe pareça relevante. Ele gosta de pensar-se como médico que migrou para a área de Ciências Sociais e destaca não estar sozinho na conduta. Porém, após ter sido por mim incitado a uma reflexão mais centrada sobre o assunto, sua afirmação demonstrou uma frágil base de sustentação, ao menos no que se refere ao DCS. Perguntei-lhe: *você se sente um médico que virou cientista social?* Foi sua resposta:

"Ah! sim, sim. E isso foi a duras penas porque eu não queria largar a medicina, eu até 3 anos atrás atendia doentes só para não perder a mão, mas na prática eu sou especialista em políticas públicas. E eu já me apresento assim: minha área de atuação é ciência política, eu já me apresento assim. Como uma série de médicos, tanto do meu departamento quanto do Departamento de Planejamento já são, há algum tempo, pessoas na área das ciências sociais. O DAPS (Planejamento) tem também economistas, tem muitos médicos que passaram para a área de políticas, várias pessoas se que poderia fazer um rol (...). Essa é uma característica do setor, pelo menos aqui no Rio, médicos que se especializaram em Saúde Pública e depois foram se sub-especializando em Políticas Públicas. A maioria dos médicos que estão no DAPS e no

[104] O sétimo andar, é o Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS).

Departamento de Ciências Sociais aqui já abandonaram a medicina; não tem como você trabalhar com duas super-especializações. Então as pessoas já se apresentam como avaliadores de políticas, como especialistas em políticas públicas. Aqui no andar (Departamento de Ciências Sociais) já é um andar que é majoritariamente de Ciências Sociais tipicamente. Se pensar no andar tem: Jeni que é socióloga; Nilson que é sociólogo; Clarice que é economista; A Regina Bodstein, que é socióloga; então aqui é majoritariamente sociólogo. Aqui médico que se apresenta como especialista em Políticas Públicas? Tem eu e... Tem eu e... mais ninguém! Mas, essa é tônica do Planejamento. No Planejamento tem! Lá um monte de gente foi médico: Pedro Barbosa, Célia Almeida, Virgínia Ortali, aí teria que ver uma lista maior, mas lá tem muito médico. Mas, tem também lá pessoas com formação em Administração, Serviço Social, pessoas que fizeram outras faculdades não médicas e que foram para políticas públicas. Quem fez faculdade formal de Sociologia, Historia, Antropologia, que tenha feito essa formação, lá no DAPS tem gente assim, teria que me lembrar quem."

Considerando sua resposta, formulei a seguinte pergunta: *a questão de jogos de concorrências entre profissionais, tematizada tão ricamente por Pierre Bourdieu, inexiste aqui, dado o compartilhamento de uma discursividade apreendida das Ciências Sociais?*

"Bem isso é uma questão, vamos pensar. Vou dar apenas minha opinião, pode estar errada. A legitimação da Saúde Pública no Brasil, eu acho que passou pela Medicina, pelos Departamentos de Medicina Preventiva. A Medicina é a profissão de status maior, então houve uma estratégia durante muito tempo, e acho que ela ainda existe, eu acho que lá na Unicamp que tem Hospital Universitário, nas Faculdades de Medicina que tem Departamento de Preventiva eu acho que tem a necessidade de estar colada com a profissão médica enquanto academia e isso é um garantidor de status, isso já foi vital. Hoje não é vital, talvez seja só importante. Então essa questão corporativa eu tendo mais a ver pelo lado da Medicina como médicos se afirmam para um status científico e acadêmico perante outros médicos adotando praticas de Saúde Pública. Isso eu vejo com relação aos meus colegas, cirurgiões essa coisa toda. Então eu vejo essa coisa mais por aí. Essa disputa que tem no campo das Ciências Sociais por status, que eu tenho informação que é grande, repercute pouco aqui dentro. É uma coisa que se não me falarem eu nem percebo. Mas eu sei que existe. Por exemplo, a gente está organizando agora o Encontro de

Ciências Sociais em Saúde que vai ser sediado na Fiocruz e a Casa de Oswaldo Cruz está promovendo junto com o Departamento de Ciências Sociais, aqui pelo Rio. E eu percebo, tendo contato com cientistas sociais típicos, que é o pessoal da Casa de Oswaldo Cruz (que aí lá tem todo mundo, antropólogo, cientista político), pessoal que faz a pós-graduação dentro da área, IUPERJ, por exemplo. Pessoal que tem uma formação que do início ao fim é Ciências Sociais, isto é, diferente do transplante, da transição que é feita aqui. Então, tu percebe lá que essa disputa, percebe tendo contato, que é uma coisa que as pessoas levam em consideração, a questão de qual o domínio da antropologia, qual o domínio da história, qual o domínio da sociologia, qual o domínio da filosofia, política; essa disputa por objeto. Mas isso é uma coisa que só tenho contato de forma muito distante e eventual, quando eu tenho contato com o pessoal típico dessa área. Estou dizendo que quando eu vou a um ambiente fechado das Ciências Sociais eu noto que esta questão interna das Ciências Sociais entre as fronteiras persiste. Quando eu olho aqui na minha vida, no meu dia a dia, não existe. O que acontece aqui? Nós somos médicos que preservaram um certo grau de sua adesão à Medicina, mas fizemos uma transição para gestão, avaliação de desempenhos, estudos de performances em hospitais, ou seja, mantém a assistência presente mas não a aborda de uma forma clínica, mas com instrumentais das Ciências Sociais. Nesse sentido, a existência de um economista, um sociólogo, especialmente um sociólogo, um cientista político é super benéfica e hiper cooperativa. É uma vantagem porque ela agrega arsenal, informação básica; porque a gente já trabalha há muito tempo em equipe multidisciplinar, praticamente eu não me lembro de coisa que eu escrevi sozinho, quase nada que eu publiquei foi sozinho. (...). Então as relações com sociólogos, historiadores é muito cooperativa. Existe uma disputa que é de outra ordem, disputa entre grupos acadêmicos e não profissões. Tem uma disputa por projetos. Hoje para pegar um projeto tem que concorrer. Tem uma licitação por Reforsus, vai se disputar R$600.000,00 e teu grupo se inscreve contra outro. Essa é que é a disputa que acontece; não é entre médico e economista, não é entre médico e cientista social, de jeito nenhum, no meu cotidiano de trabalho. Tanto que no meu cotidiano de trabalho eu trabalho com o Nilson que é sociólogo, trabalhamos junto e eu sou médico. Não existe isso. Eu não vejo muito espaço para algum cientista social entrar na área, que está povoada de médicos, e se avocar protagonismo, eu acho que quem fizer isso bate e volta"

Se não pelo viés corporativo, disputas emergem por outros lados. Um deles é a questão da captação por projetos, como ficou claro. E, as disputas entre as áreas de conhecimento comportam-se também importantes focos de concorrência. Conforme já dito, existem duas grandes áreas de atuação na ENSP: *Saúde e Sociedade*, tida com mais tipicamente Ciências Sociais, e *Políticas Públicas*. Sobre a questão falou Eliane Hollanda:

"*Antigamente havia no Departamento apenas uma subárea: Saúde e Sociedade. Depois ela se subdividiu; uma parte trabalhando com Políticas e outra Saúde e Sociedade. Há uma hegemonia crescente da área de Políticas Públicas em função de que nela existem pessoas que trabalham bem; trabalham muito, são bem sucedidas. A outra área ficou um tanto acéfala. Não sei nem quem atualmente está coordenando a área de Saúde e Sociedade. Ah! sim Karen Giffin, tinha me esquecido. Mas é uma área que, não sei como a Karen está pensando as coisas, mas até a Karen ela passou um tempo assim meio confusa. Existe um mal estar da civilização, entre aspas, no Departamento porque junto com essa concepção que a área de Políticas tem que ser fortalecida, e eu participo dessa opinião; existe uma discussão sobre como a gente lida com o que é público e privado. Uma pergunta básica: até que ponto é lícito para pessoas que trabalham numa instituição ligada ao Ministério da Saúde receber para fazer projetos fora do próprio Ministério. Essa é uma questão básica que nós temos aqui. Existe uma disputa muito pesada. E é uma disputa que está muito materializada no dinheiro, mas não é só isso. Acho que são concepções diferentes. Várias pessoas da área de Política acham que o cerco cada vez está se fechando mais em instituições, em relação a instituições e departamentos desse tipo, e assim ou redirecionamos nossa vocação para produtos cada vez mais pragmáticos; buscar mesmo recursos fora para poder trazer pesquisas ou a gente não sobrevive como tal. A minha experiência indica que eles não estão enquadrados não! Minha experiência indica que eles não estão corretos! Agora existe toda uma coisa que é de fora sobre a qual nós não temos ingerências, e são padrões Capes, padrões CNPQ; padrões Ministério da Educação, padrões Ministério da Saúde que a gente se vê achatado em relação a isso e precisa dar uma resposta. O problema é que quando chega no Departamento, o problema se transforma em... (silêncio). Como é que vou te dizer? Não existe uma disputa clara e objetiva, mas existe um disse-me-disse. Uma coisa difusa, umas pessoas acusam outras de coisas muito sérias, mas não provam. Está havendo um ambiente aqui no Departamento que eu acho muito ruim e com o qual eu não*

concordo realmente porque ou você explicita o seu questionamento de uma maneira clara com o fulano do outro grupo ou você se cala para sempre. O que eu não posso admitir é que uma pessoa chegue numa mesa de almoço e fale mal de outras pessoas, fale coisas graves que ela não está provando numa mesa de almoço ou na cantina, com alunos, com pessoas de outros departamentos. Esse clima está acontecendo porque existe um grupo que está se hegemonizando e algumas pessoas tentam discutir com esse grupo, outras tentam solapar, no meu ponto de vista."

As áreas de *Políticas Públicas* e Saúde e Sociedade não concentram exclusivamente membros do Departamento de Ciências Sociais por isso se diz serem interdepartamentais, áreas de concentração da pós-graduação da ENSP não necessariamente coincidentes com a estrutura do Departamento de Ciências Sociais. Na medida em que se comportam como meios de concentrar talentos, sobre cada uma delas existem considerações, impressões, avaliações e reputações em andamento. É fácil perceber ressentimentos em pessoas em razões de disputas produzidas entre essas áreas. Conflitos, recusas a adesões e antagonismos de posições matizam as relações entre alguns membros das áreas

Segundo o parecer de Célia Leitão Ramos o atual problema do Departamento estaria concentrado na área *Saúde e Sociedade*. Diz ela: "*Eu vejo este como nosso atual problema: a área de Saúde e Sociedade tem que ter mais clareza porque não trabalha com movimentos sociais, demandas, violência (essa pode até ser que tenha). Mas isso tem que ser resolvido entre a gente*".

Uma questão importante suscitada pela observação etnográfica no DCS- ENSP diz respeito à sua situação na qualidade de comunidade de comunicação. Vejamos como Eliane Hollanda se refere às relações sociais no DCS-ENSP:

"As coisas aqui são muito claramente colocadas: a nossa parceria com fulano A, fulano B, fulano C vai até aqui; daqui para cá a gente vai se reunir a partir dos resultados. Porque de fato nós temos injunções externas a nós, tipo: para você ser uma instituição nível 6 da Capes você tem que ter 85% de pessoas pós-doutoradas. São coisas específicas que vêm de cima para baixo, nós temos que cumprir. Hoje circula um discurso sobre a missão da

instituição, mas ele ainda não ganhou fórum geral. Essa é uma luta surda. E essa é uma questão séria que não é somente desse departamento. Agora há concepções diferentes que permeiam toda a Escola a respeito de qual é a missão ou a que tipo de interlocutor a gente deve ser em relação ao Ministério da Saúde: se nós devemos apresentar projetos ou se nós devemos ter uma visão crítica do que está sendo apresentado. Eu acho que até hoje essas duas coisas convivem e eu acho saudável. Porque se você vai só responder com uma análise crítica o que seja o Programa Saúde da Família, você estaria usando nossas capacidades técnicas e intelectuais não só para discutir se a implementação está bem ou mal, nós podemos responder também se essa política é a que deve ser. Mas ao mesmo tempo o Ministério nem sempre estará interessado que a gente tenha essa resposta. Acho que a gente tem que ter um campo que é nosso, que é teórico, que ao mesmo tempo em que responda algumas coisas ao Ministério, mas possa publicar coisas e chegar lá e discutir com eles: olha será mesmo que esse é o melhor viés para se tocar a mudança do sistema assistencial?"

Pelo que vimos percebendo, existem disparidades entre valores e normas no DCS-ENSP estruturando éticas contrastivas aos intelectuais. Diante disso, como se arranjam os cientistas sociais nessa comunidade de comunicação, marcada como se encontra por relações de trabalho circunstanciadas? Para enfrentar a questão talvez fosse preciso retroceder um pouco a fim de questionar se o conjunto de intelectuais agrupados no DCS-ENSP constitui, efetivamente, uma comunidade de comunicação ou comunidade de fala.

Uma comunidade de fala não se faz montada no uníssono, certamente, no entanto, conforme Karl-Otto Apel a existência da comunidade de comunicação é condição de possibilidade da ciência. Apel entende o jogo lingüístico como pressuposto ideal de uma comunidade de comunicação, de maneira que somente se pode constatar que um homem segue uma regra, que fala ou atua com sentido, se seu comportamento resulta compreensível a partir de um jogo lingüístico, como obediência a regras publicamente controladas, e isto somente se pode constatar participando deste jogo lingüístico (Apel, 1985:238). A questão que torna tudo mais intrigante é considerar que na sociedade moderna industrial tem sido muito difícil fundamentar uma ética universal porque a idéia de validade intersubjetiva está prejulgada pela ciência exigente da objetividade e neutralidade, e ao mesmo tempo nunca foi tão urgente a necessidade de uma ética universal quanto agora nessa era de civilização unificada a nível planetário pelas

conseqüências tecnológicas da ciência. A questão é mesmo paradoxal. Por isso, as palavras de Karl-Otto Apel (1985: 342) acerca do momento em que vivemos são impecáveis: "*Las consecuencias tecnológicas de la ciência han proporcionado hoy a las acciones y omisiones humanas, conjuntamente, tal alcance y transcendencia, que ya no es posible contentar-se com normas morais que regulen la convivência humana em pequeños grupos y dejen en manos de la lucha por la vida – em sentido de Darwin – las relaciones entre los grupos.*"

A omissão é favorecida pela ciência, seja pela exigência de neutralidade, seja pelo impacto tecnológico. Conforme Apel, há uma sincronia entre a expansão das possibilidades científico-tecnológicas e a tendência à inércia nas morais especificas dos grupos. Diante dos grandes problemas e riscos colocados ao mundo moderno, o acertado seria corresponder à validade intersubjetiva de normas ou ao menos de princípio fundamental de uma ética de responsabilidade. E, no entanto, no campo das ciências sociais as normas morais reconhecidas ou seguidas são subjetivas (Apel, 1985: 345). Disso resulta a importância da produção de acordos prévios pautados pela ordem ética dentro da comunidade de comunicação para que ela possa funcionar como unidade produtora de conhecimentos científicos. Roberto Cardoso de Oliveira (1989:05), numa competente leitura de Karl-Otto Apel, disse:

"*Contudo, o que importa assinalar aqui é a existência de um acordo, no mais das vezes tácito, em torno de normas assumidas por uma comunidade de pesquisadores que, por sua vez não é outra coisa, segundo Apel, que uma 'comunidade de comunicação' (...) Mas para os objetivos destas considerações quero crer que os argumentos que apresentei sejam suficientes. Pois eles nos conduzem ao ponto nevrálgico da questão: aquele que sublinha o imperativo de relações dialógicas como condição prévia a qualquer acordo epistêmico. Isso quer dizer que é no amplo espaço do diálogo interpares que tal acordo é possível e, que graças a ele se viabiliza a ciência. E como todo acordo em torno de normas, tal como uma aceitação de regras de um jogo (e aqui há que se lembrar dos "jogos de linguagem" de Wittgenstein), o que garante sua obediência é uma postura de ordem ética*[105]."

[105] Devo dizer que Roberto Cardoso de Oliveira entende por ética o acordo em torno de normas e valores (1989: 09). Uso o termo na mesma acepção.

No entanto, temos que reconhecer as dificuldades no estabelecimento de uma ética comum a interlocutores pertencentes a um campo intelectual que conjuga intersubjetividades e formações profissionais heterogêneas em meio a uma realidade institucional pontuada por injunções econômicas, políticas e sociais. Não se pode tomar o problema como exclusivo do campo social da saúde. Certamente, as disparidades entre valores e normas é algo amplo o bastante para ultrapassar domínios disciplinares. É, como vimos, um problema crucial presente nas sociedades industrializadas com agilidades e perversões globalizadas. O que parece complicado nos dias de hoje é fixar uma ética fundada racionalmente capaz de unificar diferenças que proliferam tão rápidas e apegadas a interesses de grupos ou sujeitos e ao mesmo tempo equilibrar valores mais estáveis que não se verguem em favor da neutralidade científica. Assim opiniões e posturas dividem-se segundo grupos que congregam indivíduos com seus interesses e subjetividades.

Por isso é interessante observar se o objeto saúde teria o poder de constituir uma comunidade de fala. Caberia investigar se cientistas sociais formados em certas tradições teóricas portam-se dispostos à prática de relações dialógicas de tipo simétrico com cientistas sociais aderidos a outras correntes teóricas. Se tais cientistas sociais tendem à manutenção de relações dialógicas com outras categorias profissionais do campo da saúde. E, ainda, se indivíduos das demais categorias profissionais mostram-se predispostos ao exercício de relações dialógicas com seus próprios colegas de profissão e demais categorias funcionais. Vou fechar a questão olhando para os intelectuais do campo social da saúde, conforme os percebi. E a resposta à pergunta será: não. Não há uma ética compartilhada entre os vários intelectuais do DCS-ENSP pontuada pelo equilíbrio dialógico e acordo intersubjetivo, muito embora a questão saúde contemple propósitos comuns não apenas aos membros do campo social da saúde, mas para a sociedade humana em sua totalidade.

A aglutinação de variadas categorias ocupacionais num mesmo espaço profissional acaba dando vazão a questionamentos sobre a interdisciplinaridade como forma de acordo entre pares e ao surgimento da tendência de recuo no sentido da disciplinaridade. No Boletim Abrasco (ano X, 1992) o problema foi levantado da seguinte forma: "*Ao falar de Saúde Coletiva uma questão sempre presente é: em que medida a interação entre disciplinas de níveis epistemológicos distintos tem preservado os cânones originais de cada uma delas, ou tem*

produzido algo novo relativo a um campo conceitual que se estrutura aos poucos, ou ainda, opera no âmbito de um ecletismo ingênuo"

Os cientistas sociais, conforme se pode notar, encontram-se submetidos, pelo menos, a duas formas de pressão. Uma que reclama as Ciências Sociais em Saúde mais vigorosa nos seus próprios termos, mais teórica, mais apegada às estratégias heurísticas, mais hígidas nas construções metodológicas de pesquisas determinadas por uma agenda que seria de sua responsabilidade escrever. Outra que pede por cientistas sociais que enveredem para o campo da saúde agregando à sua formação conhecimentos não exclusivos de seu treinamento profissional, ou seja, um cientista social mais comprometido com as questões de cunho aplicado. Argumenta-se que uma vez que médicos e outros profissionais da saúde bem aderiram ao discurso das Ciências Sociais; cientistas sociais, por seu turno, também deveriam aprender os caminhos que os conduzissem a um encontro argumentativo mais equilibrado com estes profissionais. Tais pressões podem atuar em separado ou em conjunto sobre os cientistas sociais da saúde que a elas respondem diferentemente, não nos esquecendo também dos alheios ou resistentes a elas.

Aliadas a outros fatos ou mesmo atuando de forma independente, tais pressões auxiliam obstaculizando a fundamentação de uma ética comum a todos os intelectuais do campo da saúde que, assim, fracionam-se. Mas, se não há o completo compartilhamento de uma ética, não significa que certas normas e valores não possam ser mais bem aquilatados entre os vários agentes. E porque isto existe de fato pode-se reconhecer no DCS-ENSP uma comunidade de comunicação cujos regramentos lingüísticos são bastante atuantes e os jogos de linguagem bem orientados no sentido de constituí-la como uma instância produtora de conhecimentos. Como membros de uma comunidade de fala, ainda que se coloquem em situação de desacordo intersubjetivo para uns tantos assuntos e questões importantes, são capazes de chegar a consenso sobre a importância do *social* que se comporta como regramento lingüístico do campo. O social é o grande consenso no DCS-ENSP.

Sobre a questão das pressões postas e aos modos como a elas reagiam os cientistas sociais, Arlindo Fábio Gómez de Souza, que as viveu, pôde explicitá-las de modo bastante nítido:

"Nas décadas de 60 e 70 duas grandes vertentes eram claramente identificadas naqueles que vinham de outros campos das Ciências Sociais. Uma das vertentes é a dos que insistiam em não arredar o passo da sua linguagem, do seu jargão, das suas categorias das

Ciências Sociais e fazer com que isso fosse passível de ser absorvido por profissionais, da chamada área da saúde, que não incluía, obviamente os cientistas sociais. Outros profissionais da área das Ciências Sociais, travestiam-se de uma certa maneira em profissionais da saúde, procuravam entender o jargão dos médicos, dos enfermeiros, dos odontólogos para tentar passar, através do jargão deles, algum tipo de informação ou de conhecimento, particularmente naquele momento de repressão, do autoritarismo mais forte e mais candente na história política brasileira dos últimos tempos." (Anais, 1994:25).

A questão mantém atualidade. Jeni Vaitsman[106], confirma a presença dessas mencionadas vertentes no DCS, considerado seu ponto de vista a respeito das Ciências Sociais em Saúde, o qual passo a transcrever:

"Eu acho que o que falta na área da saúde é um 'up date' teórico na área de Ciências Sociais. A gente emburrece quando vêm para a área da saúde, nós cientistas sociais, nós emburrecemos, nós paramos de ler. Eu só avancei na minha tese quando eu saí da Escola, aí eu fui para os estados Unidos me atualizei e aí pude voltar e fazer uma coisa. É o que estou pensando agora para fazer um pós-doutorado: em sair. Aqui a gente é massacrada pela instituição, eu pelo menos. Eu que faço mil coisas, tenho grupo de pesquisa e não sei o que... A gente não consegue se atualizar. A gente tem uma lógica aqui nessa instituição, na ENSP: tem não sei quantos orientandos, tem não sei quantos cursos, coordena a área de Políticas, faz seminário avançado, agora vou dar a minha disciplina Cultura e Instituições no Brasil que eu não tenho nem tempo de preparar, de ler o que eu gostaria. Então, é solicitação. Muitas solicitações; conflitos. Tudo bem, eu também quero ter um pouco de tempo para mim (...) E acho que a área de Ciências Sociais precisava de mais teorias, precisava de um avanço teórico sobre as teorias mais 'up date'. Parece que a área de Endemias está fazendo isso, porque aí são

---

[106] Jeni Vaitsman é graduada em Ciências Sociais pela Universidade de Estocolmo. Mestre em Antropologia Social pela École des Hautes Étuds em Sciences Sociales. Doutora em Sociologia pelo Instituto de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Em 1987, entrou para a ENSP, a partir de um projeto sobre a questão da Reforma Sanitária, coordenado por Sonia Fleury. Atualmente coordena a subárea de Políticas Públicas e Saúde e é responsável pela disciplina Cultura e Instituições no Brasil.

antropólogos mesmo. Nós, cientistas sociais, estacionamos. A gente estaciona, a gente não consegue fazer nem uma coisa nem outra, a gente está híbrido, não é nem uma coisa nem outra. Aqui tem muita demanda, a gente tem que dominar o campo da saúde e o campo das Ciências Sociais, isso também não é fácil. Por isso, se a gente tivesse uma outra lógica de trabalho, uma lógica mais cooperativa. Mas isso é o mundo ideal, as pessoas não estão a fim. As instituições não são assim. Além disso, essa coisa que tem que produzir e produzir, essa coisa da produtividade também mata um pouco a gente. Aqui tem uma cobrança para a intervenção. É um dilema que as pessoas não conseguem resolver."

O ponto de vista de Vaitsman não é estranho para outras pessoas. Vejamos o que disse Eliane Hollanda:

"Eu concordo que falta para as Ciências Sociais em Saúde mais refinamento teórico. A gente tem trabalhos brilhantes (...) Mas, existem alguns trabalhos muito veiculados na área de saúde que eu acho que do ponto de vista da sociologia são fracos. Não vou dizer quais são, mas vou dizer que são fracos. É uma situação complicada porque você é chamada pelo Ministério e tem que pegar...; você está discutindo o homem cordial do Sergio Buarque se a influência dele era Zimmel ou era Weber, você está nesse pique; daqui a pouco você tem que dar aulas para um cara que é médico, como você vai fazer essa ponte? Você tem que trabalhar, por exemplo, com indicadores sociais, você tem que trabalhar com pessoas no Ministério que queiram entender que número de horas-aula pode ser indicador. Tem uma passagem aí que é complicadíssima. Acho que isso explica um pouco o rebaixamento de nível. Mas não explica todo, eu acho que a formação intelectual do brasileiro, a formação universitária, está cada dia mais baixa. Não acho que é porque está na saúde não!. Eu acho que a gente traz deficiências da nossa formação. Eu posso não ser uma cientista social brilhante, certamente não sou. Agora eu tenho senso crítico, eu vejo a produção. Se você abre um livro qualquer desse pessoal dos tempos heróicos, Florestan Fernandes e outros dessa época (...) então percebe logo a diferença".

Para Jeni Vaitsman, o Departamento de Ciências Sociais da ENSP se revela como instituição onde estão presentes conflitos próprios às lógicas das instituições, com a peculiaridade de tratar-se de amostra institucional pouco hierárquica. Segundo ela, um tipo de instituição cujos

membros movem-se com liberdade para atuar segundo os seus critérios pessoais. Fato que, no seu parecer, traz vantagens e desvantagens. Vaitsman questiona, por exemplo, se o DCS estaria produzindo conhecimento original, teoria a partir de dados empíricos ou mera repetição daquilo que os outros estão falando. Ela diz:

"Eu particularmente, tenho muito respeito pelo pessoal de Endemias, apesar de não conhecer muito. Eu acho que o problema da relação atomizada aqui nessa escola é que não se sabe o que o outro faz (...) Mas eu não sei dizer se aqui se produz conhecimento em Ciências Sociais em Saúde de ponta. Ou se faz coisas descritivas? Não sei! Não posso falar da área de Ciências Sociais, estou afastada dela[107]*. As instituições são as pessoas e como acho que não tenhamos talvez uma proposta mais institucional de pesquisa em termos de Ciências Sociais... entendeu? Na verdade eu não sei qual é a produção efetiva das Ciências Sociais em Saúde."*

Percepção de mesmo teor foi manifestada por Eliane Hollanda quando me contou:

"Desde que trabalho aqui, em 1986, eu tenho visto a convivência de vários grupos, grupos esses que nem sempre se falam, nem sempre se tocam. E até hoje eu e outras pessoas aqui dentro comentamos o quanto é difícil saber o que o seu colega de porta está fazendo. Você sabe porque abre a revista e está lá o trabalho dele publicado ou porque você vê que ele foi convidado para uma fala. Agora este ano, por exemplo, já aconteceram algumas situações dentro da Escola de tentativa de reunir as pessoas; no próprio Programa Saúde da Família, que é uma coisa muito importante para o Ministério, tem gente de tudo quanto é canto trabalhando, ou em tese, em projetos práticos ou dando cursos. Então uma das iniciativas aqui neste ano foi tentar juntar essas pessoas para transformar esse pensamento disperso, essa reflexão dispersa, numa coisa organizada que possa, enfim, ajudar mutuamente, que você possa melhorar a qualidade do seu produto. Mas isso é uma coisa extremamente recente."

[107] Sendo membro do Departamento de Ciências Sociais com isso pretendeu dizer: da Área de Saúde e Sociedade, uma vez pertencer à área de Políticas Públicas.

Buscando investigar as implicações da questão, perguntei a Jeni Vaitsman: *você saberia me apontar quais condições estariam atuando, aqui na ENSP, no sentido de obstaculizar uma contribuição mais vigorosa das Ciências Sociais em Saúde?* Ela respondeu:

"Será que não temos essas Ciências Sociais em Saúde ou será que eu não conheço? Não sei! Hoje tem um esforço no sentido da interdisciplinaridade, mas se as pessoas cooperassem mais seria muito mais fácil. Eu acho que a gente só consegue cooperar fora das instituições, com ***outras*** *instituições. Eu acho que você poderia fazer uma tese na antropologia das instituições com um bom trabalho etnográfico, sair um pouco daquela coisa histórica. Seria difícil, não sei como você trabalharia isso. Fazer uma antropologia das instituições das Ciências Sociais na Saúde para responder isso: por que a coisa não deslancha?"* (ênfase da informante)

Problemas não deixam de existir no Departamento de Ciências Sociais da ENSP, e há também pontos interessantes. Disse-me Eliane Hollanda:

"Mas existe um pouco de acaso para se entrar nessa área e também é uma estratégia de profissionalização para o cientista social que hoje está muito mais clara que há 15 ou 20 anos atrás. Eu por exemplo sou um caso típico, eu parei aqui por um viés que eu descobri que é um viés interessante, mas que eu não considerava. Eu achava que a educação era um viés, mas a saúde? Inclusive eu escutei de um colega aqui que foi aluno da UERJ que disse: 'lá na UERJ as pessoas não sabem que se estuda saúde aqui'. A não ser que você seja do IMS na graduação ninguém sabe que tem sociologia ligada a saúde em algum lugar da Fundação Oswaldo Cruz – não sabem! Então eu acho que o campo está começando a ser reconhecido e está começando haver uma estratégia deliberada de profissionalização. E é um campo legítimo como qualquer outro desses mais tradicionais"

Jeni Vaitsman, por sua vez, frisa outros pontos:

"Há um dilema aqui que as pessoas não conseguem resolver. Na verdade você vira um operador da disciplina, não é nem um produtor de conhecimento. E quando você começa ler você vê que não avança teoricamente porque a teoria é uma coisa importante se você está

fazendo Ciências Sociais, a teoria não é um blá-blá-bla. Tem esse dilema, esse problema de identidade aqui: a gente vai para o serviço ou para a academia aqui? Teria que ter esses dois tempos, teria que ter o tempo da academia e ter o tempo do serviço. É que aqui nada se institucionaliza. Acho que isso é coisa do Brasil, tudo muda, as regras do jogo vão mudando tão rapidamente que não cria tradição, não se institucionaliza. Isso é muito esquizofrênico. Mas isso talvez faça parte da lógica do país, uma lógica cultural, enfim."

O DCS tem um mapa territorial desenhado pelas pequenas salas compartilháveis e uma secretaria com funcionários sempre muito solicitados. Representar etnograficamente essa instituição composta de pessoas, as relações entre elas e com um mundo social em constante mudança com suas demandas e avaliar a interferência disso tudo nos produtos científicos se transforma numa complicada tarefa quando percebemos que a descrição densa sobre espaços territoriais e suas estruturações formais revelam pouca produtividade analítica. Uma alternativa aventada foi lidar com atas de reuniões institucionais, desisti logo porque percebi que não eram eficientes para dar respostas às interrogações que eu tinha acerca da prática das Ciências Sociais em Saúde. Os diálogos com informantes comprovaram estruturar o melhor material etnográfico.

Não raras vezes percebi as falas dos meus informantes emergindo carregadas de sentimentos turvos: tristeza, dor, ira, rancor, ciúmes. Ouvi o choro de intelectuais desalentados com as disputas que vivenciam. Vi, silenciada, o descontentamento com o mundo intelectual estampando alguns rostos. Acatei respostas mal humoradas de quem não tinha o menor interesse em contribuir com minha pesquisa. Ouvi pessoas cooperativas, estimuladas e vibrantes com suas atividades. Buscando a conexão existente entre a fala dos meus informantes e seus contextos de enunciação percebi dificuldade em reproduzir contextos. Concordo com Denzin (1997:xiii): "*Those we study have their own understandings of how they want to be represented. Furthermore, the worlds we study are created, in part, through the text that we write and perform about them (...) These texts are always dialogical – the site at which the voices of the other, alongside the voices of the author, come alive and interact with one another (...) Texts (...) are easily reproduced; context are not*". Bom momento para lembrar que a pesquisa de campo pressupõe uma hierarquia: ou ela é aceita pelos nativos, ou não há pesquisa etnográfica (Peirano, 1995:38-39).

A etnografia da ciência incita reflexão sobre questões referentes à própria prática etnográfica. No contexto do DCS, constatei o quão difícil é a realização de uma etnografia numa instituição científica cujos membros, na qualidade de informantes, são excessivamente comedidos e ponderados nas respostas que concedem para a pesquisadora ou nos comentários que fazem porque sabem conjecturar sobre os efeitos que certas afirmações teriam na comunidade científica. Ou ainda, se encontram absolutamente desinteressados da pesquisa ou ocupados demais para colaborar com ela. Mas, isso tudo não é o pior, ruim mesmo é lidar com discursos marcados por irreverências capazes de acender grandes polêmicas e conflitos. Diferentemente do etnógrafo de comunidades indígenas, o etnógrafo da ciência além de não contar com o benefício do anonimato dos entrevistados, não conta também com o benefício das miçangas, munição e outras formas de pagamento pelas informações como estímulo para a obtenção de entrevistas. Nesse contexto é bem comum ouvir o *não* e nada poder fazer a não ser assimilá-lo.

É recente a prática da etnografia que contata informantes tão ou mais competentes que etnógrafo nos meandros da ciência, de forma que informantes se colocam em posição de discutir o andamento e o viés da pesquisa empreendida pelo pesquisador em termos das potencialidades do trabalho e da metodologia científica que ele vem utilizando, tal como fez Jeni Vaitsman. Realmente, uma situação bastante insólita na antropologia realista, mas trivial para a etnografia da ciência que, pelo viés dialógico, aproxima o pesquisador de um grupo com o qual mantém compartilhamentos, comprovando uma alteridade mínima entre sujeito e objeto.

Ainda que as questões de ordem logística se apresentem delicadas para a deflagração da pesquisa de campo sobre a produção científica, superadas elas vêm ser sucedidas por uma seqüência de outras questões não menos problemáticas. É claro que obter o *sim* dos informantes para o encaminhamento da pesquisa é condição inicial de sua possibilidade. Mas, como lidar com os que aceitam a posição de informantes, porém se revelam nada empáticos, esquivos, lacônicos, apressados, pouco solidários, famosos demais ou ocupados demais para "perder" tempo comigo? Como apresentar contextos e pessoas preservando a qualidade da observação e escuta escapando do risco de transformar o texto final numa retórica estéril que satisfaz e contenta a todos os informantes? É ruim falar dos sistemas de relações sociais nas quais se realiza a manufatura científica quando ela expõe conflitos institucionais, fissuras, intrigas, disputas, desesperanças e rancores.

Se a prática da ciência deve ser entendida como uma modalidade de experiência moral, o certo é ponderar as conseqüências da apresentação de informações obtidas na relação informantes e antropólogos. Não se trata de fazer vista grossa a questões importantes, porém, foge à ética reproduzir integralmente alguns contextos polêmicos ou conflitivos que envolvem sujeitos da comunidade científica. A questão é acreditar que as verdades e fatos, sendo socialmente construídos, comportam versões múltiplas, sendo a função do etnógrafo coletar e falar sobre essas múltiplas versões de verdade (Denzin, 1997:XV). Foi o que procurei fazer, mantendo discernimentos moral e ético. Que me perdoem os que acreditam que a tarefa do antropólogo continua sendo perseguir pessoas sutis com perguntas obtusas. Eu não persegui ninguém, aos que me disseram *não* eu respondi *muito obrigada.* Que me perdoem os que se aprazem em ver a etnografia rasgar o cotidiano das pessoas, formulando perguntas sutis e intrusivas com o propósito de expor conflitos pessoais sem nenhum escrúpulo. Qual é mesmo o valor de se fazer isso?

Responder para Jeni Vaitsman por que a pesquisa em Ciências Sociais em Saúde não deslancha implica em falar de muita coisa e focalizar o humano em meio a todas elas. Implica denunciar os baixos salários, o impacto das exigências das agências nacionais de pesquisa na conformação dos currículos dos intelectuais, o sucateamento do ensino, as disputas por recursos, as divergências de posições diante de assuntos importantes como é o caso da relação entre o público e o privado; o isolamento teórico etc. Mas, também apontar as disparidades com respeito à ética profissional que permeia a realidade dos intelectuais e às fragilidades do acordo intersubjetivo. As relações humanas andam mal das pernas no espaço acadêmico. Essa é uma questão séria e delicada que coloca interferências bastante importantes na produção científica. Sobre isso gostaria de citar Lenira Zancan:

"*Eu tenho participação em grupos interdisciplinares. Hoje estou envolvida com a temática da promoção da saúde, uma área fundamentalmente interdisciplinar e intersetorial. A interdisciplinaridade acontece. A ação da Saúde Pública é eminentemente interdisciplinar. As disciplinas se encontram; agora se isso constrói uma produção interdisciplinar é que é a questão. Não se responde a questão da saúde pública com a questão só das Ciências Sociais ou com a questão só da Biologia ou só com a Ecologia etc. Mas a interlocução entre as disciplinas é diferente da interlocução de cientistas que aí entra toda uma questão das relações humanas.*"

Eliane Hollanda me diz:

"Há uma histórica competição pela área de Políticas Públicas entre o Departamento de Ciências Sociais e o Departamento de Planejamento. Coisa de briga assim: você vai dar esse conteúdo no curso básico? (que é o curso de Saúde Pública –especialização que a gente chama de básico). Esse conteúdo é do nosso Departamento! Coisas desse tipo". (...) As reuniões do nosso Departamento tem sido pesadas! Tem uma hora que você fica tão estressada que não quer saber muito o que está acontecendo. Você quer fazer o teu trabalho direito, decentemente, cuidar da tua tese. Chega uma hora que você não agüenta. Tem gente hoje em dia aqui no Departamento que se recusa a dar duas aulinhas num módulo do curso básico. Tem gente que chega na véspera, no dia, e diz que não pode. E o coordenador fica se arrancando os cabelos. Essa é uma ética básica que você vê que tem gente que não está tendo".

Mas relações entre o DCS e o Planejamento, dado o compartilhamento de subáreas foi descrita de modo bastante diferente por Mendes:

"O Planejamento tradicionalmente viria da Administração, teoria organizacional, seria administração, gestão e as teorias organizacionais que permeiam essa estrutura. Ele tem essa cara, mas lá dentro tem sub-divisões. O Planejamento também tem duas sub-áreas: eles têm a de Políticas que é em parceria conosco e eles tem uma só de Planejamento que aí é mais stricto sensu, gestão. E aí dependendo de cada grupo disputa-se e coopera-se. Tem muita cooperação. Eu acho que hoje predomina a cooperação, no passado predominou a competição. Relações acadêmicas são muito competitivas. E hoje se você me perguntar, eu sou chefe do DCS, eu pego a Maria Helena Mendonça , que é chefe do Planejamento, eu fico olhando as situações para trás eu contaria mais situações cooperativas que competitivas. Tem muita parceria. O nosso grupo de pesquisa, temos parceria com o Carlos Gadelha que é um economista do DAPS. Esse projeto – Gestão de Hospital - que a gente mandou agora tem várias pessoas do DAPS. Tem programas conjuntos: mestrado profissional, que é coordenado pelo pessoal daqui que o pessoal do DAPS participa bastante. Então acho que tem um predomínio de cooperação."

O elemento humano, o sujeito que produz ciência, parece alvejado por conflitos de ordem externa e interna. Refiro-me aqui ao fracionamento do intelectual diante de suas intenções particulares e as exigências institucionais que parecem derrogá-las ou seu isolamento quando as instituições se portam surdas e impermeáveis aos seus esforços intelectuais. Essa questão foi pertinentemente levantada por Umberto Cerroni em "*A Missão do Sábio*". Disse ele: "*O principal problema com que devemos nos preocupar hoje é precisamente como, fugindo dos vários modos do narcisismo e niilismo, podemos reconfigurar uma moderna missão do sábio como correto equilíbrio entre um sujeito intelectual livre e uma atividade cultural institucionalizada (...) O grande problema cultural da sociedade de massa está se tornando reconstruir um canal institucional para a produção individual e livre e vincular à cultura autêntica os órgãos públicos.*" (Cerroni, 1999:168-9).

Com Regina Bodstein[108] podemos ponderar sobre como essa questão a atinge na qualidade de cientista social da saúde. Vamos ouvi-la quando foi por mim indagada sobre sua percepção acerca da identidade das Ciências Sociais em Saúde:

"*O Departamento de Ciências Sociais foi fundamental pra toda a discussão das Ciências Sociais em Saúde na década de 90. Eu participei, nós participamos de todos os encontros, depois os Congressos de Ciências Sociais em Saúde. Nós contribuímos muito fortemente pra isso. O Everardo, o pessoal da Unicamp, Amélia Cohn, Ana Maria Canesqui, algumas referências importantes nessa área toda. Aqui na ENSP se contratou muito cientista social. Teve uma leva muito grande de novos cientistas sociais que não passaram por esse departamento, que estão espalhados em outros departamentos da escola. Eu acho essa questão da identidade das Ciências Sociais em Saúde problemático. Não tenho refletido sobre isso. A minha visão é de uma absoluta ou quase total fragmentação das Ciências Sociais. Então, essa coisa de busca de identidade me parece difícil, complicado, artificial. O que as Ciências Sociais têm e pode contribuir e têm decisivamente contribuído, na minha perspectiva, é na discussão metodológica porque eu acho que nós cientistas sociais temos uma postura em relação à pesquisa que nos diferencia dos outros profissionais que venham da área médica ou que venham*

[108] Regina Bodstein é graduada em Sociologia pela PUC-RJ com mestrado em História na UFF. Foi orientanda de Maria Cecília de Souza Minayo. Entrou na ENSP em 1976 como estagiária, passando a docente em 1978.

da Saúde em geral. Então essa postura metodológica é fundamental, tanto no quantitativo quanto no qualitativo. Mais, claro, no qualitativo. Esse é o trabalho que a gente faz, deve continuar fazendo, é importante e tal. Mas a fragmentação que me referi, estava referindo a quem trabalha com gênero na saúde, quem trabalha com meio ambiente e saúde, quem trabalha com violência e saúde. Isso é uma absoluta fragmentação. Temos grandes temas, poderiam nos dar uma identidade. É uma coisa a ser buscada, a ser discutida. Temos um encontro de Ciências Sociais agora no final do ano talvez a gente possa pensar isso. Mas eu encontro meus colegas cientistas sociais e o que eu sinto é uma fragmentação, cada um falando de um lugar: um da saúde do índio, outro da questão da mulher, outro da questão do meio ambiente, outro da questão da violência, e por aí vai. A ENSP foi importante para os movimentos de formulação de identidade da área na década de 90. Mas, minha questão é se isso de fato avançou e qual o avanço que se conseguiu. Eu não fico, não fico animada com essa perspectiva. Claro que o diálogo é muito enriquecedor, tenho um convívio muito afetivo com meus colegas cientistas sociais (risos) então a gente se encontra, excelente, uma coisa bastante criativa."

Prossegui, perguntando à informante: *você se refere a encontros com cientistas daqui ou os alocados nas faculdades de Ciências Humanas?* Respondeu-me:

"Não! Com os de fora. Os que vêm de outros estados; eu não saberia especificar de onde vêm exatamente. Isso é muito enriquecedor, isso nos dá um sentido de campo das Ciências Sociais em Saúde. Mas, eu não sei exatamente qual tem sido o ganho disto. Não me sinto confortável em pensar que existe esse campo, de Ciências Sociais em Saúde."

Surpresa com contundência da resposta, indaguei: *mas você identifica alguma contribuição dos cientistas sociais para o campo da Saúde Coletiva?* A resposta dada:

"É, a contribuição dos cientistas sociais para o campo da Saúde Coletiva eu me referi anteriormente. Eu acho que foi fundamental uma perspectiva de investigação do conhecimento científico, de discussão metodológica e de buscar novas abordagens e novas perspectivas de trabalho dentro da saúde, eu acho que essa é a contribuição que as Ciências Sociais pode dar. Eu acho que as Ciências Sociais não deve perder de vista uma perspectiva mais abrangente do

que vem a ser a sociedade moderna, a sociedade complexa. Eu sou muito ligada a alguns autores feito Giddens, feito Beck que trabalham nessa perspectiva de entender o que é a sociedade moderna contemporânea, a sociedade complexa, talvez para além do viés liberal ou viés marxista. Eu acho que o cientista social não pode perder a dimensão dessa totalidade.. O que nós estamos falando quando falamos de violência, questão da família, ou favela não pode perder de vista essa dimensão da sociedade como um todo, uma perspectiva mais abrangente, mais global e tal."

Regina Bodstein frisa o valor das Ciências Sociais no campo da saúde como aporte metodológico e multiplicador de abordagens, uma leitura, para alguns, reducionista. Não consegue acreditar piamente na existência de um campo denominado Ciências Sociais em Saúde, porém participa dos eventos da área e ganha ânimo novo ao encontrar-se com colegas de outros estados que sendo cientistas sociais têm tomado como desafio intelectual o objeto saúde. Acusa a existência de fragmentação como se fora a responsável por impedir a unidade do campo, dando a impressão de entendê-la como requisito para a formação da identidade das Ciências Sociais em Saúde. A proliferação das abordagens e temas no campo das Ciências Sociais em Saúde parece-lhe um assunto sério a exigir reflexão no que tange à sua influência negativa para a conformação da identidade das Ciências Sociais em Saúde.

Particularmente, interpreto as afirmações feitas por Regina Bodstein como indício de dúvida quanto à possibilidade de equilíbrio entre a atividade do sujeito intelectual livre para falar de lugares diferentes (meio ambiente, violência, gênero etc) a fim de conduzir seus projetos criadores e a atividade científica bastante estruturada institucionalmente. Ela não parece crer na atividade intelectual livre e independente como favorecedora das Ciências Sociais em Saúde em seus processos instituintes, nem mesmo no sentido de fazer a fecundação positiva das instituições científicas. Essa intelectual tende a inclinar-se em direção à consideração da importância da atividade cultural institucionalizada como fator eficiente para conter a profusão da produção intelectual livre. Por isso, ela pensa a questão da unidade como recurso para formação de identidade para o campo das Ciências Sociais em Saúde e, dado sua inexistência, expressa dúvida quanto própria existência desse referido campo.

O ponto de vista de Bodstein pode ser compreendido como uma das múltiplas versões de verdade presentes no DCS-ENSP. Nísia Trindade Verônica de Lima[109], cientista social alocada na Casa de Oswaldo Cruz, por sua vez, mantém pontos de vista que gostaria de registrar através da reprodução de um trecho da entrevista que me concedeu com extrema gentileza. Ouçamos seu depoimento:

"Os Encontros de Ciências Sociais em Saúde são muito importantes. Estou vendo, na experiência de organização desse próximo evento, o interesse que existe dos profissionais em participar. Vejo também que, muitas vezes, nós temos temas centrais na Abrasco que são temas de Ciências Sociais (e nisso não vai nenhum corporativismo da minha parte), mas muitas vezes as abordagens; não é nem a formação acadêmica stricto sensu, mas as abordagens de Ciências Sociais nem sempre ocupam o destaque que deveriam ocupar. E eu acho que o importante para nossa área é também o arejamento. Eu acho que há pessoas que fazem há anos trabalhos importantes, como é caso de Everardo, resgatando essa produção das Ciências Sociais, como que as Ciências Sociais foram fundamentais até no processo de constituição da área de Saúde Coletiva, seja a própria Abrasco, sejam os Programas de Medicina Social. Mas eu acho que nem sempre isso aparece com a visibilidade que mereceria. Então uma das funções dos Encontros é falar para dentro, para nós mesmos estarmos aprofundando questões, mas também realizar essa articulação externa. Um outro ponto que acho importante, também, é a articulação não só no campo da Abrasco, não só no campo da Saúde Coletiva, mas com as Ciências Sociais de um modo geral porque a saúde ela não é - para alguns ela até seja - mas, eu não considero um objeto no sentido teórico da expressão. Acho que é um campo, um campo que induz um esforço interdisciplinar pelas suas características, mas certamente as questões da área da saúde, a agenda da área da saúde eu acho que ela se beneficia muito de estudos feitos no campo das Ciências Sociais não diretamente conectados à Saúde Coletiva, como é o caso dos estudos

[109] Nísia refere uma formação acadêmica bastante ortodoxa em Ciências Sociais. É graduada em Ciências Sociais. Mestre em Ciência Política (IUPERJ), tendo abordado a questão do movimento de favelados no RJ. Foi convidada a participar da Casa de Oswaldo Cruz, esse centro voltado para a história da ciência e da saúde, para um projeto de memória da previdência, em 1986, onde permanece até então. O doutorado em Sociologia foi defendido no IUPERJ, em 1997, e trouxe como título: "Um sertão Chamado Brasil: Intelectuais, Sertanejos e Imaginação Social". Por ocasião da entrevista era diretora da Casa de Oswaldo Cruz, professora da UERJ, porém licenciada por estar ocupando um cargo de direção, e coordenadora na Fundação Oswaldo Cruz um grupo de trabalho de educação em ciência na área da saúde e coordenadora da Comissão Organizadora do Congresso de Ciências Sociais em Saúde.

urbanos, dos estudos sobre capital social hoje, cidadania, cultura brasileira, a própria história das ciências sociais no Brasil acho que são muito tributárias de abordagens que têm interesse para a saúde etc. E acho que hoje a área tem desafios muito grandes, porque acredito que questões colocadas até mesmo do ponto de vista das discussões de genoma colocam, todas essas questões que são muito ricas para a Saúde Coletiva acho que elas se beneficiariam muito de abordagens de natureza mais histórico-sociológica. Mas, apesar de a agenda da Saúde Coletiva ser tão permeada pelas Ciências Sociais nem sempre é muito claro que o aporte teórico metodológico do cientista social seja relevante efetivamente. Talvez, eu diria, que em alguns momentos, eu tenho a impressão, que num determinado momento até isso foi mais reconhecido como necessidade. Apesar que, provavelmente, a área de Ciências Sociais, o número de profissionais é muito mais restrito do que hoje; é paradoxal. A gente teve um crescimento, sem dúvida, da área em termos de produção de teses, de profissionais envolvidos, mas eu não diria que o reconhecimento acompanhou esse crescimento. Mas essa é a impressão que eu tenho, não é algo que eu venha pensando sistematicamente, mas creio também que essa importância tem que se dar no diálogo, isso para mim é muito claro, até porque eu já tenho a experiência de um centro que não é nem de Ciências Sociais, é um centro de história de saúde numa instituição como a Fiocruz. Então acho que a experiência tem que ser muito no diálogo. Diálogo em que sentido? Acho que minha importância se dá na medida em que eu me acerco da agenda que é importante para a área, que eu consigo colocar questões, colocar novos temas ou consigo tentar buscar com profissionais que não cientistas sociais caminhos de resposta. Tem questões fundamentais na agenda da Saúde Coletiva hoje, desde a persistência de quadros epidemiológicos onde as doenças transmissíveis são importantes, mesmo que não pela mortalidade, acho que as Ciências Sociais tem muito a contribuir com isso. Se a promoção da saúde é considerada como a pedra de toque, como eixo por onde se deve dar uma compreensão mais rica da área de saúde e se ela envolve educação e se envolve a relação com populações eu acho que as Ciências Sociais tem muito a dizer sobre isso. Se se fala em repensar a agenda da Saúde Coletiva, naturalmente que é o papel das Ciências Sociais estar participando dessa reflexão. Eu acho que é mais em cima de questões, de problemas que esse reconhecimento deva se dar".

Diante do afirmado perguntei a Nísia Trindade: *você tocou numa questão que gostaria de aprofundar - as Ciências Sociais têm uma agenda de pesquisa própria no campo da saúde ou suas pesquisas são definidas pela agenda da Saúde Coletiva, em larga medida?*

"Em larga medida sim. Eu diria que o que falta é um esforço mais permanente de integrar uma série de iniciativas que se debruçam sobre a área de Ciências Sociais e a partir daí estimular certas linhas, certas temáticas, certas reflexões. Acho que isso só um trabalho cumulativo faz. O que eu creio é que ainda apesar dos esforços, a própria Comissão de Ciências Sociais em Saúde da Abrasco, nós ainda não conseguimos esse nível de integração, que não é de diluição, quer dizer, eu pessoalmente (é uma posição minha) não acredito muito em planos diretores que vão conformar uma área toda dentro de um mesmo padrão. Mas eu acho que há uma orientação, alguns resultados, alguns produtos, acho que isso é importante. Também a gente não pode perder de vista que a área é muito grande, a própria área de Saúde Coletiva é muito heterogênea e acho que as Ciências Sociais, do ponto de vista da produção escrita, por exemplo, elas têm uma vantagem comparativa muito grande. Um exame que poderíamos fazer é da Revista Saúde Coletiva da Abrasco, eu tenho a impressão que ali a presença de trabalhos de Ciências Sociais tem sido bastante intensa. Então talvez o que falte é um olhar mais conjunto sobre isso. Eu acho que a área existe, mas talvez ela precisasse ter uma programação mais intensa. E teríamos que olhar também (eu não tenho elementos para isso) para qual o lugar das Ciências Sociais nos Programas de Pós-Graduação, que disciplinas estão sendo trabalhadas."

Indagada sobre as relações entre a ENSP e a Casa de Oswaldo Cruz, Nísia me disse:

"Talvez a Casa até dê margem a trabalhos de natureza mais acadêmica, mas por outro lado é relativo porque a gente tem uma demanda muito forte e acho que isso é bom para nós porque não faria sentido ter um quisto, um departamento de sociologia, de história dentro desta instituição. A gente tem um diálogo muito grande com áreas da instituição, talvez não de atendimento das demandas do Ministério da Saúde, talvez até deveríamos ter mais, traduzindo essas demandas, lendo essas demandas. Temos um outro tipo de demanda, diferente da demanda que está na ponta do SUS, mas a gente também tem a necessidade de negociar com o fato de estar aqui dentro desta instituição e eu acho que na experiência da Casa foi importante este tipo

de articulação, que às vezes para o pesquisador é difícil, por exemplo: mesmo que ele esteja trabalhando no tema de saúde ele quer fazer, sei lá, história da reforma sanitária no início do século e ponto. Não dá pra ser assim. É claro que a ENSP é um pouco a imagem que, de repente, a unidade tem, mas as coisas na prática nunca foram assim dessa forma, assim divorciada de uma pauta geral da instituição. E acho que isso foi bom. (...) Aqui vários trabalhos que a gente fez foi de resgate da história institucional, a gente tem esse tipo de constrangimento que eu acho positivo também que a gente não pode estar alienado ao contexto institucional onde a gente está."

Nísia Trindade destaca a presença do intelectual numa instituição científica que faz exigências e define obrigações a serem cumpridas. Para Vaitsman, a ENSP se revela uma instituição pouco hierárquica cujos membros possuem plena liberdade de atuação vivendo a carência de atividades mais institucionalizadas e, no entanto, ressalta as pressões institucionais quando equipara o intelectual a um operador de disciplinas. Eliane Holanda comenta as pressões exercidas pelos diferentes padrões científicos e pela própria ENSP sobre o intelectual. Bodstein sublinha a fragmentação intelectual na forma da proliferação de diferentes lugares de fala para o cientista tomando espaço de atuações mais definidas institucionalmente. Como se nota, a questão da relação entre a ação intelectual livre e a atividade científica institucional é um assunto reincidente. Ainda que as percepções e conclusões não sejam homogêneas, certamente apontam para preocupações costumeiras.

Do meu ponto de vista, as várias visões convergem para um questionamento latejante e bem disseminado - o caráter paradoxal do exercício intelectual. Por um lado, o cientista é solicitado a atender demandas da instituição de sua pertinência, a qual se revela tirânica ao não suportar a alienação dos seus membros às suas pautas. Por outro lado, não fica de fora o desejo do intelectual de manter projetos pessoais e liberdade de pesquisa, ou seja, manter a intenção criadora conforme sua vocação e aptidões. A conseqüência é o desconforto diante das pressões outras que não aquelas que são próprias do projeto criador do intelectual e que detém a especialidade de anunciar o agente como dotado de relativa autonomia.

A instituição cobra aulas dadas, orientandos com defesas, respostas às demandas governamentais, desenvolvimento de pesquisas e assim a se ver aberta uma trama real de exigências que reclama respeito de parte dos contratados. Intelectuais são obrigados ao

desempenho de certas funções comuns. E no entanto, as exigências podem funcionar elas mesmas como possibilidades de abertura e ampliação para o exercício intelectual e científico segundo competências especializadas. Cada intelectual toma do universo das exigências formais um setor ao qual se considera apto para responder de posse de suas competências. Problemas pessoais e angústias geradas nos agentes produtores em função das demandas institucionais não são equivalentes entre todos, isso é indiscutível. Mas é impossível deixar de reconhecer que questionamentos advindos das relações com a instituição estão presentes entre os produtores de ciência levando-os ao isolamento, à apatia pela participação ou, em sentido oposto, à luta por melhores posições na estrutura do campo intelectual e ao estímulo ao pensamento criador.

A etnografia do sistema de relações sociais nas quais se realiza a criação científica revela que os intelectuais detêm diferentes participações conforme se orientam para temas e áreas definidos pela instituição ou pelos encaixes, manipulações ou reinterpretações que pessoalmente fazem dos diferentes canais institucionais ativos no cotidiano de trabalho. De acordo com a posição ocupada no campo, concentrarão maior ou menor autoridade para lidar com canais já existentes ou mesmo para criar novos com vistas ao desempenho de atividades mais independentes ou dotadas de maior autonomia. Vale lembrar que a autoridade é obtida em razão do caráter e qualidade da obra intelectual produzida e sua aceitação pela comunidade científica e pelo público em geral. A retirada do intelectual do anonimato se processa a partir da consideração positiva da sua obra. Quando a obra é reputada pela comunidade de referência como contendo um conjunto de significações consagradas, sendo portanto bem aceitas por parte da crítica esclarecida, a conseqüência é o reconhecimento do intelectual e a elevação de seu poder e autonomia dentro da instituição.

Não se pode dizer que as Ciências Sociais em Saúde no DCS- ENSP, através de seus praticantes, representam uma "*sociedade de admiração mútua*", para usar a expressão de Schucking (1966, citado por Bourdieu ,1968). A multiplicidade dos pontos de vistas de seus membros, as distintas marcas de status impressas nos indivíduos, a manutenção de diferentes centramentos éticos não estimula a formulação de uma imagem homogênea e consensual para o grupo. Nesse campo os indivíduos são reconhecidos por sinais de distinção que, conforme Bourdieu (1968:122), representam uma maneira, um estilo, uma especialidade etc. Mas se as lutas de concorrência em torno da obtenção de sinais de distinção são bem disseminadas no campo da ciência, não se pode esquecer da existência da complementaridade funcional, dos

benefícios das associações de múltiplas competências para a produção de distintos e consagrados capitais de significação. Nísia Trindade, por exemplo, lembra a importância da participação dos cientistas sociais no campo da saúde, dizendo:

"Tem um dado que achei bastante significativo, que esse ano o Paulo Buss, presidente da Fundação, foi convidado para aula magna no IUPERJ porque entre várias coisas uma das questões que chamou atenção do corpo de pesquisadores lá foi o fato de grande parte dos egressos do IUPERJ terem vindo trabalhar aqui, não só na Casa de Oswaldo Cruz, na Escola de Saúde Pública também. Vários profissionais passaram por uma formação acadêmica que no Rio nós consideramos, eu acho que podemos falar até em termos nacionais, é das mais importantes do país, um dos principais centros do país em termos de Ciências Sociais. Então eu acho que a gente tem que rever esse complexo de inferioridade das Ciências Sociais no campo da saúde. Eu acho que esse complexo existe, mas acho que ele deve ser problematizado, mas não na linha de nós fazermos um contra-discurso, uma afirmação que nós somos importantes, mas com uma análise bastante cuidadosa e criteriosa do que se está produzindo, do que está se fazendo. Eu acho que nós teríamos vários exemplos nesse sentido de reconhecimento de fato dessa produção. Eu sou otimista com respeito ao futuro da área, sou otimista sim e vejo que o importante é nós, em alguns momentos apesar de ser importante demarcar a identidade da área da área no campo da Saúde Coletiva, também nos vermos como cientistas sociais, sem a preocupação com a adjetivação. Claro que se nós estamos dentro desses centros estamos trabalhando com objetos, com questões centrais, uma agenda da área da saúde, reflexões importantes nesse campo, mas acho que não pode haver o isolamento, isso eu defendo sim. Então, eu creio que esse isolamento muitas vezes, até porque em muitos momentos, em fóruns importantes das Ciências Sociais, por exemplo, não tem muita tradição de grupo de trabalho sobre ciência (que é o caso da ANPOCS, já teve no passado hoje não tem mais), mas enfim independente de se ter na própria academia de Ciências Sociais um espaço mais demarcado para a área de saúde, eu acho que o espaço para produção da área existe, eu acho que a gente não pode realmente se isolar nem continuar a reiterar um discurso da pouca importância, do pouco prestígio.(...) Eu acho que o que existe mais, talvez, seja uma baixa articulação, apesar dos esforços dos Encontros, do que um ter o que realmente dizer."

Não pude deixar de perguntar se o isolamento existe de fato.

"Aí que estou falando, o reconhecimento da área no caso da ANPOCS. Eu, por exemplo, participo da ANPOCS do grupo de pensamento social, levando objetos de saúde. Não que não possa se justificar ter um grupo de saúde, até tem um grupo com enfoque mais antropológico, de corpo e pessoa. Quando havia um grupo forte (não sei agora como ele está redesenhado) de Políticas Sociais, muitas pessoas da área de saúde participavam, como participam da ABCT . Não sei se nosso foco central também tem que ser ter um grupo específico sobre saúde na ANPOCS, pode-se até propor, pode haver o fechamento da ANPOCS, mas isso se o cientista social da área de saúde está produzindo um trabalho de qualidade interado com outros pares eu acho que ele pode ter outros espaços de apresentação, ou seja, eu não tomaria isso como critério único para avaliar."

A questão remete à leitura das Ciências Sociais em Saúde e seus praticantes por parte dos cientistas sociais "puros", aqueles que não se encontram devotados a campos de aplicação, como o caso da saúde. Ouçamos Willer Marcondes:

"Eu tenho a impressão que as pessoas da minha área consideram quem se eu migrei para saúde é porque sou um mau cientista social, porque como não me firmei na minha área eu migrei para a saúde porque não consegui sobreviver no ambiente das Ciências Sociais. Eu sinto isso um pouco assim, não que me sinta assim. Mas eu me sinto como se fosse um paria para os outros - saiu das Ciências Sociais, não deu conta do seu objeto aqui e foi fazer uma outra coisa que eu não tenho a menor idéia do que seja. Aliás isso é ruim porque o que eu faço é bom. Antropologia é bom; Ciência Política é legal, Sociologia é legal, esse negócio de Ciências Sociais em Saúde por que não? Acho que Ciências Sociais em Saúde é uma constituição, acho que Everardo defende isso muito claramente, que parte historicamente das Ciências da Saúde. Nessas pontes hoje construídas tem muito mais esforços e méritos das Ciências da Saúde que das Ciências Sociais e eu me sinto muito convidado e muito bem tratado nessa área. Da parte das Ciências Sociais é uma loucura, parece que realmente existe esse fosso, está bem claro. E quando o cientista social vai estudar questões sociais que tem implicações na saúde, acaba adotando um modelo, um paradigma muito engraçado: parece historia natural das doenças,

tipo: vamos ver a origem desse fenômeno social, vamos ver a etiologia desse fenômeno, usando todo um modelo social e qualitativo e quem quiser depois fazer intervenção que interfira nessas coisas. Acho que a gente das Ciências Sociais quando estuda fenômenos de impacto na saúde faz assim o que existe de mais antigo ou de mais tradicional que nem mais o pessoal das Ciências Médicas ou da Saúde está fazendo como consenso, talvez hoje o paradigma seja muito mais promoção da saúde que história natural das doenças, procurar etiologia e essa coisa toda. Então eu penso que ainda falta muito esforço na área das Ciências Sociais para aproximar mais essa ponte porque se é Ciências Sociais em Saúde é para fazer saúde, não é para fazer Ciências Sociais mesmo não. Eu fiquei muito impactado quando ouvi o Everardo falando sobre isso numa ocasião. E isso é característico dos meus pares quando olham para mim e me vêem assim não como par, mas como paria."

Seguindo a mesma linha de leitura, encontra-se o parecer de Lenira Zancan:

"Eu penso que o cientista social no campo da saúde não tem uma legitimidade nem interna nem externa. Legitimidade no sentido do reconhecimento da contribuição das Ciências Sociais para as Ciências Sociais para quem está vinculado à saúde; e para a saúde para quem está vinculado às Ciências Sociais. Mas acho que também no campo da saúde isso vem diminuindo, vem sendo menos difícil a legitimidade porque o tema das Ciências Sociais, ele é básico para a área da Saúde Coletiva/ Saúde Pública; acho que a crise é do médico, do epidemiólogo, de certa maneira. Mas a crise do pensamento médico, da saúde pública é muito maior que a crise do pensamento sociológico. O pensamento sociológico informa muito mais a Saúde Pública em potencial, está muito mais presente no campo da saúde do que o pensamento médico – o pensamento, concepção. Então tem uma legitimidade porque informa fundamentalmente a concepção e construção do campo, mas tem um desconforto de posição física, digamos assim, de ser cientista social. A inserção do cientista social no campo da saúde é um desafio para o próprio pensamento social, para a produção de conhecimento das Ciências Sociais, das teorias sociológicas que possam estar informando a Saúde Pública, ela desafia as teorias sociológicas; ao mesmo tempo a ENSP como um espaço de produção política limita de uma certa maneira essa produção. Limite pode ser pensado de duas maneiras: limite no sentido de menor ou impedimento e delimitação. Eu falo mais no sentido da particularidade. Acho que

não é Saúde Pública como um campo de conhecimento é o que estou chamando de uma inserção institucional numa Escola de Saúde Pública formadora e formuladora de política. Estou falando do contexto da Escola de Saúde Pública, da inserção profissional: um pesquisador, um professor e um, de certa maneira, profissional ligado a uma instituição que está vinculada a formulação de política. Você tem esse questionamento do ponto de vista da Universidade, essa questão do filósofo que não está necessariamente vinculado a uma ação. Mas acho que isso na Saúde Pública, isso é mais forte , não é que seja pior. Eu acho que o cientista social puro não produz o que o cientista social envolvido com a saúde pública produz em termos de pensamento social em saúde ou não incorpora uma visão, uma produção sociológica que dialoga com o campo. Eu acho que o pensamento social em saúde é produzido pelo campo da saúde e não pelo cientista social em saúde."

Todas as relações de convivência institucional são competitivas, sejam elas acadêmicas ou não. Nesse sentido, a análise da ciência como fonte de conhecimento e competência na sociedade moderna esbarra inevitavelmente com a questão do delicado equilíbrio entre cooperação e competição para a solução de problemas objetivos. E desde que a comunidade científica não se comporta como um complexo homogêneo e monolítico, mas se fragmenta conforme proliferam especialidades, habilidades e subjetividades nos deparamos com o crescimento da diferenciação entre seus adeptos e correlatos índices de concentração de poder.

Intelectuais que trabalham em contextos aplicados, como é o caso dos cientistas sociais em saúde, ocupam uma especial posição na comunidade acadêmica científica, isso não deixa de ser verdade. A constatação é decorrência do exame etnográfico: os intelectuais engajados profissionalmente em contextos aplicados sofrem constrangimentos, tipos de controles referidos aos objetivos e expectativas da agência empregadora atrelados às preocupações aplicadas. O reconhecimento de suas ações e práticas aparece como resultado da satisfação dos propósitos das instituições às quais pertencem. Ao responder positivamente às expectativas institucionais o cientista prova a adesão às regras do jogo em vigência, podendo consolidar seu status no campo. Intelectuais atuantes em contextos aplicados são dirigidos à interlocução com médicos, sanitaristas, epidemiólogos, planejadores etc. A audiência que possuem é mais ampla, eles não falam tendo em consideração apenas seus homônimos profissionais. Conforme Barry Barnes, (1982:13-14):

"(..) Those scientists engaged in pure or basic research are routinely distinguished from researchers whose work is carried out in an "applied" context. Pure scientists are taken to be a community of peers, whose members constitute their own audience. They determine their own research goals; they themselves recognize competence and reward achievement; they deny the legitimacy of outside involvement in their judgments, and systematically discourage attempts at such interference. (...) In contrast. scientists who work in an applied context are generally held to experience different social constraints".

Recentemente, têm tido lugar uma série de estudos etnográficos que dedicam atenção aos intelectuais produzindo em contextos aplicados[110]. A conclusão que apresentam é que a ciência não se comporta como um sistema social fechado. Esse conjunto de estudos recomenda o exame da interação entre cientistas e não cientistas e o enfoque da produção e uso da ciência levando em conta a questão da incorporação e industrialização a fim de escapar da tendência equívoca de pensar a ciência como se não fora parte das sociedades industrializadas.

Se, portanto, as Ciências Sociais em Saúde não podem ser tomadas como sistema fechado é natural que seus praticantes estejam envolvidos em relações com outros membros da comunidade científica, em geral, e venham ser objeto de avaliações diversas. Contextos aplicados tendem a dar origem a produção de tipos de conhecimentos contrastáveis aos produzidos nos ambientes puros das Ciências Sociais. O julgamento que se faz dessa produção é uma outra coisa. Como tivemos a oportunidade de ver, existem aqueles que reputam negativamente ou positivamente a qualidade da produção em Ciências Sociais em Saúde.

Ao entender a ciência como uma forma de cultura, identificamos os cientistas sociais em saúde como membros de uma organização de trabalho de caráter aplicado que informa um certo tipo de construção de conhecimentos. Todo julgamento e análise comparativa entre os contextos puros e aplicados são positivos se contam com o benefício do reconhecimento das diferentes ordens cognitivas ativas nestes contextos. Avaliar a produção dos cientistas atuantes em contextos aplicados tendo como exclusivo parâmetro a racionalidade epistemológica da Ciência Social básica não produz resultados vantajosos. Eu penso que coisas diferentes se julgam a partir das suas diferenças. Resumindo, se não é bom partir para o comodismo do "as Ciências

[110] Sobre essa questão remeto a Barnes (1982) que fez boa revisão dos trabalhos dedicados ao estudo da produção e uso do conhecimento científico, levando em conta a industrialização e incorporação da ciência contemporânea.

Sociais em Saúde vão muito bem, obrigada" também não é para recusar a perspectiva comparativa, auto-reflexão e luta pela inovação e progresso.

Falando nisso, eu não consigo deixar de retomar o artigo de Otávio Velho (1995:107) que o apresenta disposto a discutir o estado atual da antropologia no Brasil. Escrevendo num tom quase de desabafo, o autor acusa a antropologia de um certo romantismo endógeno e pelas tantas diz: *"(...) a antropologia está correndo o risco de ficar muito satisfeita consigo mesma, acreditando que está ótima sem conseguir discutir mais profundamente o que está fazendo, porque está fazendo, quais são as condições institucionais em que está fazendo e quais as repercussões disso sobre o conhecimento"*. Adotando a perspectiva comparativa eu poderia assegurar que esse não é o caso do campo disciplinar em enfoque. A auto-reflexão é tônica nas Ciências Sociais em Saúde e seus membros são, eles próprios, muito críticos quanto aos desempenhos na área, como percebemos em páginas precedentes.

Observando as Ciências Sociais em Saúde, através de alguns de seus praticantes, como unidade básica de organização social da produção de conhecimentos, descobri processos de tessitura de reputações que se fazem montados sem referência ao corporativismo ou proselitismo. Ciências Sociais em Saúde não é uma área entrincheirada no DCS. Não é uma estrutura bem delimitada com uma organização social distinta que controla e a ela impede o acesso de pesquisadores de diferentes procedências acadêmicas. É um campo de conhecimentos que executa interconexões e intercambialidade de saberes. Seu grau de coesão e autonomia é fruto do consenso em torno do valor e extensão do social para o trato de questões referentes à saúde dos cidadãos. O que legitima a presença e atuação de diferentes categorias profissionais nesse campo é a adesão aos padrões estabelecidos pelas Ciências Sociais, o reconhecimento da necessidade inadiável de domínio, desenvoltura e habilidade em Ciências Sociais para proceder ao exame criterioso das questões referentes à saúde fora de impregnações biologicistas. Contribuições que seguem nessa direção, notadas suas próprias qualidades e positividades, revertem em reconhecimento público aos seus elaboradores em termos da conformação de boa reputação, independentemente das qualificações profissionais de origem que eles declarem ter.

Por outro lado, sabemos que o comportamento dos cientistas é ordenado e guiado por um conjunto de normas institucionalizadas; que o trabalho científico encontra-se coletivamente organizado a fim de maximizar as chances de atingir os objetivos da produção de conhecimentos publicamente reconhecidos. Visto como produto de atividades humanas

organizadas em certas instituições, o conhecimento científico submete-se a controles. Porém, como parte das sociedades industrializadas, as ciências modernas tornam-se palco de intensas transformações; suas técnicas e procedimentos refinam-se ou alteram-se como efeito da constante busca de respostas aos novos problemas colocados como desafios emergentes, pelo interesse na inovação e pela busca do progresso. A conduta e comportamento dos agentes produtores, da mesma forma, não se vêem de fora disso tudo. Mas, se as mudanças parecem tão ágeis como adequar controles eficazes que, a um só tempo, permitam institucionalizar valores dominantes de produção de conhecimentos e resguardar a autonomia e o projeto criador dos agentes? Quanto a isso se manifestam diversos intelectuais com os quais dialoguei. Suas opiniões dividem-se água e óleo.

Existem os que apontam a excessiva fluidez ou falta de institucionalização de valores e padrões coletivos, autoridades, estruturas e hierarquias como estando na origem de um agir parcelar e individualizado no DCS-ENSP. Outros não consideram problemático conduzir agendas de pesquisa individuais. Há ainda os que defendem a conciliação dos seus interesses particulares aos objetivos coletivos, sobretudo se isto implicar em elevação de ganhos de natureza intelectual e quiçá econômica. Portanto, a questão do controle coloca uma tensão entre institucionalização e projeto criador que é resolvida de diferentes maneiras por parte dos diferentes agentes. De todo modo, essa questão aponta uma considerável autonomia e habilidade dos cientistas no sentido de eles próprios atuarem nas situações de controle. Isso de fato serve para fazer a distinção entre o trabalho científico e aqueles de tipo industrial. Eu concordo com Whitley (1984:14) que diz:

"The high degree of uncertainty in scientific work clearly differentiates it from work in mass production industries and many other spheres. Control over work process in the sciences is, on the whole, exerted by practitioners at the research site and is not governed by elaborate systems of rules and regulations established by external authority sources. Exactly what tasks are done, how they are done, and when are done is decided by scientists rather than by any other group, and in particular not by administrative superiors in formal authority hierarchies. Work planning and execution in the public sciences are decentralized to individual workers who maintain considerable control over low-level goals and the use of particular procedures."

O considerável grau de autonomia dos intelectuais no DCS não é manipulado a baila de critérios. A eleição da consecução de certas tarefas em detrimento de outras e dos próprios modos de concretizá-las funcionam como privilegiados meios de angariar boa reputação junto a grupos avaliados como mantenedores de interesses comuns e produtores de julgamentos tidos de valor. Se o agente se alinha a um certo grupo tende a valorizar os julgamentos originados em tal âmbito e a descartar sob acusação de irrelevantes reprovações que porventura caracterizem a posição de grupos antagônicos ou, por outro lado, encorajar engajamento na luta pela conquista de apoio por parte desses grupos dissonantes. A reputação consiste na capacidade para manter visões e posturas próprias, independentemente do caráter consensual que possuam, e influenciar outros na mesma direção. Reputação envolve luta por recursos e prioridades; trata-se de um incessante esforço por obter atenção e impor idéias e conceitos a colegas (Whitley, 1984:26).

Por isso, na ENSP a organização intelectual da ciência aparece armada em comunidades reputacionais. As próprias áreas interdepartamentais funcionam nesse sentido. Os Departamentos e, dentro deles ou entre eles, os grupos de pesquisa na medida em que organizam distintas coletividades em sistemas de comunicação também representam comunidades reputacionais.

A existência de controle reputacional sobre objetivos, resultados de trabalhos desenvolvidos e modos de alocação de recursos vincula-se a diversos fatores, devendo-se destacar: a existência de um sistema de comunicação comum; a possibilidade de controle sobre recursos; o direito assegurado sobre a determinação de prioridades; procedimentos e resultados das pesquisas empreendidas e existência de certa padronização dos procedimentos, métodos e técnicas a serem empregados no trabalho. A obtenção de reputação por parte de um intelectual, ao depender do reconhecimento social do seu prestígio, será tanto maior ou melhor quanto mais ele se orienta em direção à opinião da coletividade. E nesse sentido, a conformação de reputação favorável a um maior número de membros de um campo intelectual tende a retro-alimentar o campo em termos de prestígio. Tanto mais adeptos renomados um campo intelectual possui tanto maior seu prestígio e poder em disputas e barganhas.

As Ciências Sociais em Saúde no DCS-ENSP funcionam como organização reputacional, uma vez preencher os requisitos que permitem serem assim identificadas. A abordagem da ciência moderna, como um tipo de organização reputacional é de Richard Whitley (1981; 1982; 1984) razão pela qual volto a citá-lo:

"Scientific fields become established as distinct reputational organizations when:
a) science as a whole is socially prestigious and scientific reputations lead to rewards;
b-) the particular field is able to control access to rewards through its reputations;
c-)the particular fields is able to control competence and performance standards and has demonstrably distinct research skills which reduced some uncertainty, and
d-)the particular field has a distinctive language for describing cognitive objects and communicating task outcomes which reduces lay participation in the assessment of contributions and enables results from different production sites to be compared and co-ordinated." (Whitley, 1984:34).

Os repertórios verbais dos intelectuais entrevistados encontram-se referidos ao sistema de comunicação das Ciências Sociais o qual cumpre, entre outras, a função de identificar o campo de atividade intelectual e diferi-lo de outros. Talvez isto sirva para explicar porque meus informantes sempre cuidaram de referir as Ciências Sociais como lugar para compartilhamentos de problemáticas, teorias e análises. Quando o propósito é obter valor e reputação no campo social da saúde, o intelectual se vê tolhido da alternativa de lidar com construções aleatórias ou idiossincráticas ou mesmo absolutamente personalísticas. No campo social da saúde não se justifica a recusa às funções comunicativas das Ciências Sociais, antes ela é entendida como legitimadora da incursão de profissionais de distintas procedências nesse referido contexto.

Os intelectuais e sua comunidade de fala

O pensamento social em saúde formulado com acesso às Ciências Sociais sendo ele pensamento, ou seja, proposições e sentenças que são projetadas sobre a realidade e que pode ser expresso pela linguagem, como quer Wittgenstein (1993), haveria de referir regras descritivas da realidade empírica. Para que a linguagem, parte das práticas humanas, possa representar a realidade são necessários traços estruturais comuns entre ambas. Isso significa concordar com o primeiro Wittgenstein, o do Tractatus, acatando a idéia que as regras da linguagem refletem a

estrutura da realidade[111]. Há uma gramática em curso no campo das Ciências Sociais em Saúde, uma cultura verbal não descolada da realidade da qual ela é parte. Considero que a análise das práticas comunicativas, que constituem um conjunto variável de jogos de linguagem presentes nesse campo pode promover seu esclarecimento.

Do modo como percebo, as comunidades de comunicação ou de fala são comunidades reputacionais. Seguindo este raciocínio é preciso concordar com John Gumperz (1964:137-8) a respeito do fato que comunicadores fazem suas escolhas de acordo com os significados que desejam transmitir. Existe uma cultura verbal (Edge, 1982:66) ativa nas comunidades reputacionais caracterizada, sobretudo, por paradigmas consolidados; conceitos consagrados; teorias bem estabelecidas e achados ou contribuições de pesquisas precedentes. As escolhas de conceitos, os critérios para o julgamento da plausibilidade de uma ou outra teoria que compõe a cultura verbal de um campo científico, enfim a eleição dos elementos e parâmetros que virão configurar o discurso científico é questão da consideração dos significados que seus elaboradores objetivam transmitir. E, não sendo autônoma no mundo, a linguagem científica reflete a estrutura da realidade. A manipulação da cultura verbal segundo critérios avaliativos considerados adequados à solução de problemas postos conduz à notabilidade dos artesões da ciência. Mas isso não se resolve simplesmente ao modo subjetivo.

Autoridade advém da adesão competente a um sistema de comunicação e, sendo assim, não se pode obliterar o fato que os usos que diferentes agentes fazem da linguagem das Ciências Sociais no campo da saúde podem dar origem ou estar relacionados a diferentes estilos. Neste sentido, examinar produções intelectuais implica em atentar para formas comunicativas e iluminar os processos de decisão pelos quais os intelectuais constroem, eles mesmos, formas comunicativas dentro de uma extensão de alternativas possíveis que podem ser aceitas e acatadas pela comunidade científica.

O significado de palavras consagradas para o campo social da saúde se faz compreensível quando observamos seu trânsito na avenida das Ciências Sociais em Saúde ou em obras desse campo. Há uma prática em curso, definida como Ciências Sociais em Saúde,

---

[111] Algumas idéias presentes no *Tractatus* foram abandonadas posteriormente por Wittgenstein. Esta seria uma delas. Giddens (1978), argumenta que, para o segundo Wittgenstein, a estrutura da realidade não determina a estrutura da linguagem; ao contrário seria a linguagem que determina a concepção que se possa ter da realidade. Para Glock (1998) Wittgenstein rompeu com o principio norteador do *Tractatus*, passando a sustentar que a linguagem é autônoma; a gramática, as regras da linguagem, não podem ser justificadas pela realidade empírica.

vinculada a um conjunto de regramentos próprios a esse sistema de comunicação que pode ser elucidado. Isso porque como se sabe seguir uma regra é uma prática, o que está de acordo com uma regra ou a transgride é algo determinado pelo que chamamos de aderir ou contrariar a regra. Dado seu caráter de prática, um sistema de comunicação é bom objeto para exegese etnográfica.

Entendida como uma comunidade de fala, o campo da Saúde Coletiva estabelece valores para compartilhamento e padrões de comunicação regular mediante a formulação de regras de fala[112] entre distintas categorias profissionais. Conforme Dell Hymes (1964:03), uma das questões para a qual a *etnografia da comunicação* deve estar atenta diz respeito à necessidade de investigar diretamente o uso da linguagem em contextos de situação a fim de perceber padrões de atividade de fala que se dispersam daquilo que é o estabelecido. O autor adverte para que não se tome a forma lingüística somente a partir de um código de fala por si mesmo, a recomendação é para que se leve em conta o contexto, a comunidade, investigando hábitos comunicativos como um todo. Sua ênfase é para que se considere a estrutura de referência, as fronteiras da comunidade, dentro da qual a linguagem ocorre. Assim pode-se perceber que mesmos significados lingüísticos podem ser organizados com fins comunicativos completamente diferentes porque, na verdade, eles são condicionados, mas não são controlados pela estrutura e hierarquia dessa comunidade.

O uníssono não é característica de uma comunidade de fala. De acordo com Gumperz (1972: 16): *"(...) members of the same speech community need not all speak the same language nor use the same linguistic forms on similar occasions. All that is required is that there be at least one language in common and that rules governing basic communicative strategies be shared so that speakers can decode the social meaning carried by alternative modes of communication"*. Mas, se o campo da Saúde Coletiva é idealmente interdisciplinar disso não advém que a práxis científica naturalmente comprove a interdisciplinaridade, nem tampouco que os conflitos e disputas entre suas várias áreas estejam ausentes.

O significado das palavras e o sentido das frases só podem ser esclarecidos ao atentarmos para seu fluxo na vida, disso decorre que não serão das experiências subjetivas que

[112] Entendo *"regras de fala"* partir da definição de Dell Hymes (1972:36): *"rules of speaking are the ways in wich speakers associate particular modes of speaking, topics or message forms, with particular settings and activities"*.

haveremos de derivar sua compreensão. Nem tampouco haveremos de entendê-los como máquinas que funcionam sozinhas, desatando a produzir aplicações independentemente de nós. Há um domínio de combinações em andamento a produzir os significados e sentidos a palavras que podem ser investigados a partir da descrição das práticas com as quais se encontram ajustados.

Sugiro, agora a partir da introdução de novas questões, observar o desempenho da palavra básica do campo: saúde. Certamente não se deve a experiência subjetiva de nenhum sujeito em particular a aplicação de um padrão de emprego para o termo ao modo como ele circula na Saúde Coletiva. Existe, como tratei de examinar anteriormente, uma tradição que cuidou de fixar o significado do termo saúde em sua dimensão social. A partir daí, as aplicações e usos do novo conceito por parte dos intelectuais remontam à cultura verbal a qual aderiram. Intelectuais confirmam e reafirmam competência comunicativa[113] comum para que possam ser reconhecidos e reconhecerem-se como membros de um mesmo campo.

No campo da Saúde Coletiva opera-se com o conceito de saúde ampliada, o qual permite abordar todas as espécies de agravos ou de ameaça à integridade humana e à qualidade de sua existência, desde as condições de vida às questões subjetivas e de relacionamento entre sujeitos, como pertencentes ao universo dos interesses da saúde pública. Em 1966, um dos membros dessa comunidade ousou referir-se à saúde como: "*um harmonioso e indissolúvel conceito das liberdades humanas*" [114]. Ou ainda, como ficou registrado nas resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde: *"Em sentido mais abrangente, a SAÚDE é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e aceso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida*".

Para participar de uma comunidade de fala, seus membros devem incumbir-se de papéis sociais e da manutenção de um comportamento verbal governado por regras de procedências sociais e lingüísticas. É por esses e outros motivos que a pesquisa social não se

[113] Meu uso da expressão "competência comunicativa" é solidário à compreensão de Gumperz & Hymes (1972:VII) e expressa aquilo que um falante precisa saber para comunicar-se efetivamente em lugares culturalmente significantes.

[114] A definição é de Frederico Simões Barbosa e foi reapresentada na ocasião em que ocupava o cargo de Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, na redação do prefácio de "A saúde em estado de Choque", livro de organização de Cecília.

confunde com o domínio da subjetividade. É preciso formar competência para participar das práticas de comunicação verbal que em vigência em grupos sociais se revelam estáveis e pouco sujeitas às mudanças. O uso de um idioma científico para compor novas pesquisas e confrontar novos objetos requer a incorporação de disposições ou a formação da consciência de pertinência a um grupo que tem a função de responder às demandas sociais, propondo soluções para certas questões e problemas. É com o propósito de perceber como os processos de organização da ciência e sua cultura verbal alcançam os produtores de conhecimento que volto minha atenção para uma praticante de Ciências Sociais em Saúde.

Maria Cecília de Souza Minayo: a intelectual

> *"Se eu fosse escritor e morto, como eu gostaria que minha vida se reduzisse, pelos cuidados de um biógrafo amistoso e desenvolto, a alguns pormenores, a alguns gostos, a algumas inflexões, digamos: 'biografemas', cuja distinção e mobilidade poderiam viajar fora de qualquer destino e vir tocar, como átomos epicuristas, algum corpo futuro, prometido à mesma direção".*
>
> *Roland Barthes*

"Índices de um corpo perdido e agora recuperável como um simples plural de encantos", com essas palavras aguadas de poesia Leyla Perrone Moisés (1983) introduz a compreensão de Barthes acerca dos biografemas. Barthes lembrava os punhos de renda branca de Sade; de Fourier os vasos de flores entre os quais tombou. No trabalho de reunir biografemas, essas pequenas unidades biográficas, Barthes expunha a originalidade de narrar o outro num movimento de ponto e contra-ponto, unidade e contexto de maneira a tecer, com habilidade e desvelo, biografias descontínuas - aquelas que diferem sobremaneira da biografia destino onde tudo se liga fazendo sentido. Como minúcias pulsantes, os biografemas barthesianos fogem do papel de unidades isoladas do campo do imaginário afetivo por receber visibilidade e valor no contexto da existência narrável de sujeitos que instigam atenção.

Maria Cecília de Souza Minayo. Como se aproximar dela sem se enredar na calma que ela movimenta de dentro para fora de si? Sem notar sua simplicidade cultivada por propositado querer? Se estes biografemas parecem particularmente insignificantes para revelar uma intelectual e sua obra, não deixam de se comportar como dados de vida que merecem ser agregados à biografia contínua dessa personagem do campo das Ciências Sociais em Saúde. É verdade que os biografemas somente tem mais gosto quando se procede à concessão de informações prévias que satisfazem as curiosidades mais agudas, aquelas que o alinhavar dos eventos significativos de uma vida na forma de biografia contínua são capazes de apascentar.

A simplicidade de Maria Cecília parece coisa que nasceu com ela no interior do Estado de Minas Gerais. O jeito de falar sempre pausado e bem articulado. Uma preocupação que nunca descansa com o fato de estar sendo bem compreendida. A atitude de falar olhando atentamente para o ouvinte. A leveza com que interrompe uma fala para um sorriso de divertimento. O tom arquitetadamente baixo que usa para segredar uma ou outra coisa. Há nesta mulher de pele alva maneiras de estar no mundo que a transformam repentinamente de estranha à pessoa querida por ocasião do primeiro contato. Ela tem esse jeito de quem rega com afetos a simplicidade, transformando a alma numa coisa grande e os gestos que saem do corpo em movimentos de calma.

Foi no interior mineiro ou em Rio Piracicaba, em 1938, que nasceu a menina Maria Cecília em meio a mais dez irmãos. Os primeiros estudos ou o chamado curso primário foi feito lá mesmo na "*roça*", o modo como Cecília carinhosamente se refere à pequena cidade que foi o berço do seu nascimento e infância. Posteriormente, a formação educacional viria se tornar bastante refinada na ambientação de um Colégio de origem francesa e de tradição cristã, localizado em Itabira, uma cidade do interior de Minas, um pouco mais cosmopolita que a cidadezinha natal. Lá daria continuidade aos seus estudos até a conclusão do segundo grau em meio a freiras rígidas e dedicadas ao ensino de boa qualidade.

Como bastante freqüente na época, a jovem Cecília deu seqüência aos seus estudos com o curso Normal, o qual foi aprimorado com outro curso de formação de professores de nível secundário. Depois disso, ela percebeu-se apta para exercer a função de professora de nível secundário. Mas não o faria na conhecida Itabira que, aos 18 anos, lhe pareceu pequena demais. O desenrolar da vida de Maria Cecília teria outro palco: o Rio de Janeiro.

Um dia aquela que ganhava a vida como professora de nível secundário decidiu ingressar na academia e assim foi que naquela ocasião a universidade nem houvera por suspeitar que estava por ganhar um membro atuante. Curso escolhido: Sociologia. De 1974 a 1976, a Universidade Federal do Rio de Janeiro a teve como aluna regular, entretanto não seria naquela instituição que ela viria concluir sua graduação. Questões políticas que tingiam o cenário político nacional de cores plúmbeas fecharam para Maria Cecília e seu marido Carlos Minayo as possibilidades profissionais e humanas nas quais eles acreditavam. Em 1976, ambos foram obrigados a deixar o país, refugiando-se nos Estados Unidos. No novo país, ela se engajou em trabalhos junto ao CEDAL –Centro para o Desenvolvimento da América Latina – uma instituição criada por Paulo Freire cuja finalidade, entre outras coisas, era promover o apoio a pessoas que tiveram que sair do Brasil por questões políticas. Naquele mesmo país ela deu luz à sua primeira filha.

Em 1979, concluiu sua graduação pela State University of New York (SUNY). Albany-EUA com *minor* em antropologia e *major* em sociologia. Foi uma graduação dividida entre aqui e lá, entremeada por um interregno que valeu como tempo necessário para rearranjar a vida numa terra estranha. Em 1980, um ano após a Anistia, o casal retornou para o Brasil, depois de ter também vivido na Espanha.

Uma espécie de sentimento de inquietação com uma formação intelectual relativamente tardia parece estar presente em Maria Cecília. Entre os anos de 1981 a 1984, esteve ocupada com seu mestrado em Antropologia junto ao Museu Nacional. Antes teve uma breve experiência com um mestrado em Educação, mas a tempo ela reconheceu em si a propensão e o interesse mais ávidos pelas abordagens antropológicas. A Educação não parecia ter muito a ver com ela e então abraçou a antropologia. Sob orientação de Sergio Leite Lopes ela produziu *"Os Homens de Ferro: Estudo Antropológico sobre os Trabalhadores da Indústria Extrativa de Minério de Ferro"*. Naquela ocasião, os formatos de mestrados demandavam quatro anos, um tempo que Cecília pretendia compensar com um doutorado que não lhe ocupasse mais que dois anos.

Em 1985, ela ingressou no doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tentando agilizar sua formação intelectual como um objetivo que ela própria se impusera em cobrança pessoal. A conclusão veio em 1989 como o seu celebrado *"Desafio do Conhecimento: Metodologia e Pesquisa Social Qualitativa em Saúde"*. Durante o doutorado

Maria Cecília foi arrebatada por aquela que é a dor entre todas as dores: a perda de sua filha de 11 anos.

Trata-se de uma mulher, de uma intelectual de atitudes e coragens. Uma personagem importante para a Fiocruz e para o pensamento social em saúde brasileiro. Para a Fiocruz, considerada sua contribuição intelectual e a quantidade de cargos administrativos que ocupou e dos elogios que recebeu por sua atuação. Foi assessora da Presidência da Fiocruz com a função de coordenação geral da pós-graduação de 1993-1997, um período que serve como divisor de águas para a pós-graduação: fala-se em pós-graduação antes e pós Cecília na Fiocruz. Foi presidente da Abrasco. Foi também vice-presidente da Fiocruz. E seu orgulho é me contar: "*Fui convidada a ser vice-presidente da Fiocruz e sem parar um dia de fazer pesquisa: uma loucura! Depois de 4 anos de vice-presidência eu resolvi dar um basta e agora somente fico na pesquisa. Estava um pouco cansada da administração. Foi um tempo assim muito cheio na minha vida. Mas eu acho que me saí bem, pelo menos as pessoas acham. A avaliação externa com relação ao meu trabalho foi boa*".

Atualmente, além de coordenadora científica do CLAVES é representante latino-americano do Fórum Mundial de Ciências Sociais em Saúde e editora da revista da Abrasco – Ciência & Saúde Coletiva.

A profissional e sua obra

A identidade profissional de Cecília foi aprimorada no contexto de pluralismo que caracteriza os ambientes de trabalho do campo social da saúde. Lugares com conjunturas funcionais heterogêneas que exigem formação de acordo intersubjetivo e obediência ao jogo lingüístico que regra as falas e ações de seus membros, permitindo que se reconheçam mutuamente como pertencentes a uma comunidade de comunicação. Por isso, a Saúde Coletiva tornou-se, para ela, comunidade moral com a qual estabelece compromissos valorativos, éticos e intelectuais. De outra parte, é com recorrência às Ciências Sociais que trata de produzir cientificamente, dominando os regramentos próprios ao âmbito de sua organização reputacional.

Fica clara na construção dos textos de Cecília sua vinculação intelectual e afetiva à antropologia, ao tempo que se observa rígido compromisso para com o enfrentamento de temas e problemas demandados pelo campo da Saúde Coletiva como sua comunidade de comunicação. Grosso modo, é possível dizer que é da antropologia, campo de conhecimento que ela encontrou com vivo contentamento ao trilhar o caminho de suas preferências intelectuais, que ela faz suas maiores paradas na busca de elementos para a construção de conhecimentos e contribuições para o campo da saúde, esse campo a que, por questões de circunstâncias e desejo, ela aderiu com entusiasmo. Mas suas recorrências teóricas não se fazem exclusivamente com recurso à antropologia, ela saca contribuições de diversos autores e campos disciplinares. Dentre os elementos que conformam sua identidade profissional o que de longe é o mais cristalino é sua avidez pelo social, impondo-lhe um sentimento de missão para com ele.

Certa vez, Florestan Fernandes (1978:03) disse algo que me mobiliza inteira concordância: *"(...) pelo que sei, só Comte sabia o que ele ia fazer durante todo o resto da vida. Em geral as preocupações teóricas de qualquer intelectual – especialmente se ele é um sociólogo, historiador ou um antropólogo, enfim alguém que trabalha com problemas que dizem respeito às sociedades humanas – se alteram ao longo do tempo. Não há uma pessoa que nasça com um projeto e depois o realize completamente"*. A índole do trabalho intelectual no campo das Ciências Sociais possui como irrefutável a especialidade de colocar seus praticantes em constante metamorfose em suas atividades de formulação de conhecimentos autênticos.

Parece-me, portanto, bastante compreensível que a sinceridade de Cecília tenha me confidenciado a existência de um fio indissolúvel nos seus propósitos intelectuais: o social. No mais, as coisas parecem postas nos seus ritmos alteráveis. Diz ela: *"Eu diria, se tem alguma linha reta na vida de alguém, a linha reta da minha vida é o social. O social é linha reta da minha vida"*. Essa convicção estimada define a qualidade moral de suas produções mentais e, porque não dizer, o caráter da sua própria vida. E para que a afirmação não se dilua em razão do tom peremptório vou situá-la.

Uma vez que considero a importância de conciliar análises de tipo genético e dogmático para a compreensão de obras científicas, cuido de não perder de vista seus produtores. Estando atenta aos artesões da ciência, percebi uma ausência lamentável nos estudos sociais da ciência: o exame da coerência entre a produção científica e a vida ética que levam os cientistas. Não sou a única a lamentar essa negligência, nem sei dizer se pensei isto antes ou depois de ler

Clifford Geertz, porém o fino senso perceptivo e a competência desse antropólogo valem-me como apoio; são palavras de Geertz (2001:31): *"(...) Mas a qualidade moral da experiência dos cientistas sociais atuantes, a vida ética que levam enquanto fazem suas pesquisas, praticamente nunca é discutida, exceto nos termos mais genéricos"*.

De quantos déspotas, autoritários, arrogantes, racistas, persecutórios, levianos ou truculentos se compõe a história das ciências humanas? E, no entanto, permanecemos de costas à questão como se fora de importância reduzida. Não se trata, obviamente, de adotar o simplismo e desautorizar e desqualificar obras científicas compostas por tipos humanos de conduta e caráter obtusos. Mas, se nos pusermos de acordo com respeito à necessidade de agregar valores ao mundo da ciência, a questão da coerência moral não parecerá irrelevante. Enquanto não se destacar que não apenas as produções intelectuais, mas também condutas devem estar afinadas aos ideais mais nobres dos homens, aqueles que se referem ao respeito às diferenças, humanitarismo, democracia e à boa qualidade das relações dialógicas nos veremos constrangidos à prática de uma ciência neutra e objetiva sem expansão social e a conviver nas instituições científicas com indivíduos de perfil que se fazem questionáveis e, no entanto, reputados como grandes pensadores e cientistas.

Parece-me inacreditável que nas Ciências Sociais apenas tão recentemente passamos a considerar o jogo entre as configurações morais e a produção científica. Razão pela qual volto a reafirmar Geertz (2001:31): *"Uma avaliação das implicações morais do estudo científico (...) deve começar por uma análise da pesquisa social científica como uma modalidade de experiência moral"*. Modalidade de experiência moral absolutamente entranhada às situações humanas, desde que toda disciplina é o que faz dela as pessoas.

Focalizar as condições humanas ou existenciais envolvidas no processo de construção científica, o modo como afetam sensibilidades, formas de perceber o mundo, credibilidades, potencialidades argumentativas, maneiras de entabular relações sociais, posicionamentos éticos e públicos etc não é coisa que valha menor apreço no processo de compreensão da natureza da prática científica. Desde que as vejamos conciliadas aos processos de organização da ciência, ao enfoque das circunstâncias históricas, sociais, econômicas, políticas e institucionais que caracterizam, informam ou influenciam a produção científica. Haveria, portanto, pelo menos dois níveis a serem articulados no projeto de uma etnografia da ciência: um macroscopicamente orientado com sua marca posta nas questões macro-estruturais que fazem o condicionamento

social do pensamento e um microscopicamente inclinado (Knorr-Cetina, 1983:115). É para esta última que devem convergir análises sobre as histórias intelectuais envolvendo as crenças, convicções, razões, personalidades e desempenhos éticos.

Ao conferir valor aos aspectos microscópicos da pesquisa social científica, questões como as posições diante de controvérsias e polêmicas propulsoras da formulação do conhecimento assim como as condutas morais e as convicções pessoais dos pesquisadores deixam de ser irrelevâncias subjetivadas. Se a pesquisa social é conduta como deixar de avaliá-la como tal? Se a pesquisa social é conduta como não reclamar compatibilidade com a vida ética que levam os pesquisadores?

Há congruência entre a produção intelectual e as atuações públicas de Maria Cecília de Souza Minayo. O exercício intelectual não lhe vale como forma de narcisismo. Sua atividade cultural institucionalizada na ENSP não limita o desempenho de compromissos para com a comunidade. Cecília não produz obras com o fito de protagonizar-se como cientista como se isto lhe bastasse. A ela importa questões sociais merecedoras de reflexões em favor de mudanças. Seu interesse é de fidelidade ao papel profissional que se auto-atribuiu. Importa-lhe pensar o social sem o desperdício de sua vocação interventiva. São vários os trabalhos de Cecília cujos interesses estão voltados para ações e estratégias de remodelação de serviços de saúde, comprometidos em avaliar, contribuir ou apresentar propostas oficiais de políticas públicas (conforme se pode notar em *Apêndice I,* notações: *A8; A11; A14; F9; F10; G2; G5*). Esta qualidade moral, que lhe reclama participação na transformação social, não seria questão de interferência na eleição de seus objetos e modos de abordagem?

Tomada como uma questão que se remete às relações de acomodação entre a questão do ser e das circunstâncias ou contingências sociais que o circundam, a posse de uma experiência moral pode assumir o status de razão da pesquisa social científica. Quantos negros não se dedicam ao exame das relações inter-raciais? Por que os estudos de gênero contam com tão expressiva contribuição de pesquisadores do sexo feminino?

A interferência das circunstâncias e contingências, das experiências morais e até mesmo do acaso não é desprezível para o exame do processo de construção científica. Muitos cientistas sociais que trabalham no campo da saúde, conforme pude recolher em vários depoimentos, relatam um ingresso um tanto quanto ocasional para o campo da saúde. Vieram em razão da oferta de emprego, possibilidades de participação remunerada em projetos de saúde,

afinidades de suas pesquisas ancestrais com as temáticas da saúde. Muitos chegaram por acaso no campo e nele plantaram seus objetivos mais tenazes.

Isso obriga considerar o valor da experiência para a fabricação da ciência. Toda pessoa detém experiências próprias e as tentativas de generalizar através de indivíduos ou grupos conduz a distorções que não facilitam a explicação da produção científica. Não é produtivo montar determinismos rígidos que retiram das motivações individuais ou exclusivamente dos lugares de fala dos agentes a explicação do caráter das obras. Conforme Bourdieu (1993:263): *"Texts as we know, circulate without their contexts, that is, without the benefit of being accompanied by everything they owe to the social space within which they have been produced or, more precisely, to the space of possibilities (in this case scientific) in relation to which they constructed themselves"*. Se as condições sociais e as condições epistemológicas sob as quais um produto científico é elaborado são fundamentais para seu reconhecimento, não deixam de ser importantes o conjunto de dados referentes ao domínio da experiência, das orientações subjetivas, das trajetórias; histórias de vida e categorias particulares de percepção e interpretação do mundo.

Para a compreensão dos textos de Cecília, julguei adequado prioritariamente indagá-la a respeito de suas motivações, causas, contingências e reais propósitos, antes mesmo de proceder à minha análise ou ao exame de sua posição e respeitabilidade dentro da comunidade científica. Meu procedimento parece contrariar a pensadora que, num de seus trabalhos, afirma que: o autor não é intérprete vocacionado da obra que produz, de tal forma não seria buscando por sua intenção que se poderia chegar a compreensão da obra, mesmo porque as palavras e discurso dizem muito mais do que quem os escreveu quis dizer (Minayo, 2002:85;86). Para expressar-se a autora fundamenta-se nas idéias de Gadamer, são palavras dela: *"compreender não é meramente captar a vontade ou os planos que as pessoas fazem, pois nem o sujeito se esgota na conjuntura que vive, nem o que ele chegou a ser foi apenas fruto de sua vontade, inteligência e personalidade. (...) Gadamer conclui que o investigador deve buscar entender um autor melhor do que ele próprio teria compreendido ou se compreende, tentando desvendar o que ficou inconsciente para ele. Essa imersão no texto de um autor pode ser considerada quando é criadora de relevâncias"* (op.cit:86).

Considero que o único sujeito capaz de fazer ab-reações em nome de outro é o xamã. Alcançar o inconsciente é parte do treinamento profissional do psicanalista que o investe da

qualidade de metamorfoseador de palavras dadas. Julgo que ninguém pode saber mais do outro do que ele próprio expressa em atos ou palavras

Declara Cecília que a área do social desde sempre foi sua motivação. Ela pontua uma trajetória intelectual que tem início num ávido interesse pela classe operária. A classe trabalhadora, formação e consciência operária configuraram-se num universo de interesses para Cecília (conforme *Anexo I: C1 a C4*). Neste domínio, estão suas preocupações científicas inaugurais. Sua dissertação de mestrado, defendida em 1985, *"Os Homens de Ferro: Estudos Sobre os Trabalhadores da Indústria Extrativa de Minério de Ferro da Companhia Vale do Rio Doce em Itabira, Minas Gerais"* versa sobre antropologia operária, tendo como objeto de análise os empregados da Companhia Vale do rio Doce incumbidos de explorar uma mina de ferro a céu aberto. José Sérgio Leite Lopes apresentou a obra, publicada em 1986, reconhecendo nela méritos incomuns a outros trabalhos sobre a classe operária brasileira, os quais enumerou cuidadosamente a fim de autorizá-lo a dizer: *"a obra representa um novo impulso para os estudos antropológicos sobre a classe operária, juntando-se aos esforços de sociólogos, cientistas políticos e historiadores sociais voltados pra o desvendamento de aspectos desta classe no país"*.

No tempo que trabalhou na PUC-RJ dedicou-se ao estudo das configurações de pobreza da população brasileira com acento para as do Rio de Janeiro. Explicitou-me a razão de lidar com o objeto saúde ao me contar que, em 1985, foi convidada a trabalhar na ENSP, em virtude dos seus interesses e desempenhos profissionais junto à classe operária. O convite foi para que viesse integrar o quadro do DCS, tratando da questão das condições de vida ligadas à saúde da população brasileira. Um convite feito em razão da existência da experiência prévia com estudos sobre a classe operária que aceito fortaleceu sua inclinação para lidar com a questão da saúde dos trabalhadores.

A relação com o social estreitou-se substancialmente a partir da formação do vínculo empregatício, se é possível dizer isso de uma pessoa que declara possuir 20 anos de trabalho voluntário com favelas, educação popular e formação de consciência operária. Por essa razão, analisar a produção de Cecília sob um juízo ético implica em perceber a congruência entre suas experiências morais e seus produtos científicos. Para ela a teorização não é alternativa para se furtar aos compromissos sociais, o pensamento não lhe parece abstenção do agir. O modo como ela percebe o social e suas responsabilidades para com ele motivam a reprodução:

"Minha relação com o social possui três veios. O primeiro está dado pelos questionamentos do social, pelos estudos do social e métodos de abordagem da questão social. O segundo refere-se à educação e formação de pessoas; fiz concurso para professora, tenho orgulho de ser professora e gosto de formar pessoas – esse é meu orgulho[115]*. E uma terceira vertente é a atuação na questão social, propriamente dita".*

Cecília não se dedica mais ao voluntariado de formação operária. Optou por tornar-se mais ativa social e politicamente na amplitude de seu trabalho na ENSP. Atualmente, produzindo na área de violência urbana repudia o niilismo e tem expressiva atuação pública junto ao Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, movimentos sociais e imprensa, conforme é perceptível nos seus trabalhos que, abordando a questão da violência, buscam articular propostas de ações públicas (vide mostras em *Apêndice I: A1 a A27*). Ela é capaz de enxergar uma trama real de canais institucionais que utiliza para ampliar o poder de seu discurso científico e nisso reside a coerência entre a qualidade moral de suas experiências e o teor de sua produção científica que versa sobre um social que lhe pede por intervenções. Retomando a questão de seu entendimento sobre o social disse-me ela, de modo bastante sintético:

"Essas três vertentes a que me referi, uma potencializa a outra. Eu tenho um passado de formação católica muito forte porque estudei em colégio religioso, trabalhei em colégio religioso como professora. Há uma certa combinação de uma preocupação que tem um fundo religioso, um fundo de militância com social, uma vontade muito grande de aprofundamento do que é esse social, de compreender do ponto de vista acadêmico-científico esse social, de formar recursos humanos, de pensar essa sociedade em seu futuro. É uma coisa assim: eu não sou aquele pesquisador que vive lá e publica sobre a asinha do mosquito. O que eu ensino, o que eu aprendo das questões com as quais eu me engajo, o que eu aprendo dos teóricos, isso é que faz uma sinergia que eu consigo fazer e passar para as pessoas" (ênfase minha).

[115] Para esse caso Cecília confidencia em tom de auto-reconhecida dignidade pessoal que já orientou mais de 38 alunos entre mestrado e doutorado – *"nunca perdi um"*. Além disso, conta-se seu trabalho voluntário que a levava, aos finais de semana, a estar envolvida com formação operária.

Intelectual *engagé*, do tipo a contentar Fichte, porque não satisfeita em colocar seus olhos no presente, lança-os para o futuro em estado de preocupação com o destino e os rumos da humanidade. Uma intelectual que não sendo de quatro paredes, vai a campo para encontrar-se com os sujeitos de suas pesquisas ou intervenções. Nela está presente a vocação para romper a torre de marfim que encerra não poucos pesquisadores:

"*As pessoas parecem que às vezes nascem com uma vocação, e vocação eu estou falando no sentido weberiano do termo. Eu sinto que minha vocação foi sempre muito de querer melhorar a situação social, de dar o máximo para as pessoas. Essa coisa de ver tantas pessoas aqui vivendo em favelas, em conjuntos na Baixada Fluminense... Elas precisam também despertar, precisam despertar para sua situação*" (ênfase dela).

A disposição para romper a torre de marfim a coloca à vontade para construir textos científicos despidos de um eruditismo arrogante com relação aos seus objetos de estudos. Quando Cecília escreveu "*Os Homens de Ferro*" usou uma linguagem simples, não em detrimento da acadêmica, mas uma linguagem inteligível aos trabalhadores. Após a conclusão da pesquisa ela retornou ao campo, então para ver os trabalhadores, fazer conferências, discutir questões junto ao sindicato. Coerência é questão presente em Minayo. Como alguém que acredita na formação de consciência operária poderia se limitar a apresentar fatos científicos ou teorias fantasticamente incompreensíveis para aqueles que foram o centro de tais construções acadêmicas? Não interessava a Cecília formular teorias arrogantes em relação à realidade de vida dos mineiros uma vez não serem por eles alcançadas.

Ela relatou uma outra experiência nesse sentido. Por conta de sua atuação junto à classe operária, certa ocasião, os trabalhadores da construção civil fizeram-lhe um pedido incomum: escrever um livro sobre a questão da construção civil. Essa publicação existe sob título: "*Os Construtores da Cidade*", mas não foi obra exclusiva do punho de Cecília, ela o escreveu em parceria com os trabalhadores. Aos objetos de estudo ela favoreceu o status de autores mediante a apresentação de suas falas integrais por acreditar que a posição que os homens devem ocupar na história é a de sujeitos e não de meros objetos. Para Oscar Niemeyer, o livro guarda uma especialidade comentável. Diz ele: "*Li com muita atenção esse pequeno livro. É o*

drama da classe trabalhadora que se repete pelo Brasil afora. Uma história que precisa ser contada, pois com miséria não há democracia". Avaliando essa obra sua autora me disse:

"Nesse livro eu não uso uma palavra técnica, mas alguém que entende antropologia sabe reconhecer que eu fiz a mais profunda antropologia operária nesse livro".

O eruditismo arrogante é recusado por ela. Preocupa-se em esclarecer o homem sobre suas necessidades e os modos de satisfazê-las. Mas, se seu talento social é tão aprimorado não se deve dizer menos do científico. Não se tratam de coisas contraditórias ou inconciliáveis. Há em Cecília conciliação entre empenho e desempenho. Nela há o desejo de fomentar o progresso da humanidade e a ânsia em promover o progresso de sua área científica, as Ciências Sociais em Saúde. Isso ela faz de maneira ética e compromissada. Numa caracterologia cientifica, eu a reconheço como intelectual para quem as palavras de Fichte (1999:52-53) são roupa de medida exata:

"Ninguém, contudo, conseguirá trabalhar em prol do aperfeiçoamento ético sem ser por sua vez uma pessoa boa. Não ensinamos apenas mediante palavras. Nessa tarefa o exemplo vale muito mais. Qualquer pessoa que vive na sociedade lhe deve um bom exemplo porque a força do exemplo se dá primeiramente através de nossa vida em sociedade. O erudito mais do que qualquer outro, deve este exemplo à sociedade, já que em tudo o que concerne à cultura deve tomar a dianteira! Se ele não convence em relação à suprema tarefa da cultura, como pode ser o exemplo que deveria ser? Como pode achar que outros vão seguir seus ensinamentos se os contradiz com suas ações? (As palavras que o inaugurador da religião cristã dirigiu a seus discípulos valem sobremaneira para o erudito: "Vós sois o sal da terra! Se o sal perder a sua força, o que sobrará para temperar? Se a elite da humanidade estiver corrompida onde acharemos ainda a bondade?) O erudito deve ser, em última análise, o homem eticamente mais convincente de sua época. Ele deve realizar em si o supremo grau de desenvolvimento ético possível na época em que vive" (ênfase do autor).

Se as Ciências Sociais em Saúde se constituem em modelos de análise social que priorizam o estudo da totalidade dos fenômenos vinculados à relação saúde e sociedade, aos seus

praticantes caberia o papel de defensores do saber e da verdade nesses domínios. Cientistas sociais em saúde acabam fazendo parte de um sistema social que sublinha problemas a merecer intervenções quando se deparam com objetos de pesquisa especiais, não raras vezes, homens aflitos envolvidos em momentos de intensa fragilidade produzida por doenças, dores, sofrimentos, perturbações, desgaste diante da precariedade dos modos de oferta de cuidados de saúde, entre tantos outros fatos sociais dolorosos que cercam os sujeitos de suas pesquisas. As Ciências Sociais em Saúde são um campo de estudos aplicados, contudo tal consciência não se encontra bem dimensionada pela totalidade de seus praticantes. Esse não é o caso de Maria Cecília de Souza Minayo que me diz:

"*Veja bem, dentre aqueles sonhos que você tem de criança. Eu não diria que era de criança, porque sonho de criança eu tive vários e entre eles um assim: trabalhar para ter uma sociedade melhor. Tinha sempre essa idéia que me acompanha. Não sei se vou conseguir fazer alguma coisa até o final da vida, mas me acompanha.*"

Seu ingresso no DCS-ENSP concretizou um outro sonho antigo: ser pesquisadora. Sua primeira cadeira acadêmica foi Metodologia de Pesquisa considerada, por ela, excelente motivo para que enveredasse completamente no estudo das questões referentes ao mundo da pesquisa científica. No DCS foi inicialmente convidada para participar de um grupo de pesquisa cujos interesses centravam-se na análise do conceito saúde/doença ligado a movimentos sociais. Cecília declara ter sido bem recebida por seus colegas de grupo (Victor Valla, Joaquim Alberto Cardoso de Melo, Célia Leitão; Nilson do Rosário Costa, Eduardo Stoltz, Sandra Venâncio e Eliane Holanda), tendo desenvolvido com o grupo uma relação considerada de mutualismo porque, ela me diz, tanto contribuiu para o grupo quanto dele recebeu contribuição. As atividades do grupo resultaram em trabalhos publicados, enfocando políticas de saúde e outras importâncias para a compreensão das condições de saúde da classe trabalhadora (conforme *Apêndice I: G4 e G6*).

O ingresso de Cecília no DCS-ENSP justificou-se por sua adesão ao *"Núcleo de Estudos de Políticas Públicas de Saúde"* Mas ouçamos o que me disse Cecília:

"*Agora eu vou te confessar uma coisa. É a primeira vez que vou confessar isso em público. Meu marido sabe, mas só ele! Na verdade a minha vontade não era entrar nas Ciências*

Sociais em Geral, era entrar num grupo que trabalhasse a questão da saúde do trabalhador. Só que quando eu entrei para a Fiocruz isso era um pensamento, uma idéia. Isso foi existir um ano depois que eu já estava no DCS e aí eu não podia sair. Não podia porque foi o grupo que me chamou e eu tinha uma questão de lealdade com esse grupo. Mas o meu sonho, você pode imaginar por toda minha trajetória anterior e por causa dos livros que escrevi: Homens de Ferro, Construtores da Cidade, a assessoria que dava a movimentos sociais...Por tudo isso minha vontade era estar noutro grupo. Mas eu nunca saí do Departamento de Ciências Sociais, acabei ficando."

A participação num certo grupo promoveu adesão a uma linha de inquéritos originalmente não idealizada. O contexto científico, ao qual inicialmente se engajou, obrigou a produção de trabalhos e respostas ajustadas às demandas institucionais. Cecília participava de um processo de produção intelectual estruturado e formalizado num grupo de pesquisa que acabou por configurar seus produtos científicos como resultados desse processo. Porém, na estruturação interna das pesquisas a intelectual manteve critérios de seletividade mais subjetivamente orientados, possibilitando a convergência das intenções teóricas e práticas, da vocação científica e ética, conforme seus interesses.

Se os seus produtos científicos, num primeiro momento, devem ser lidos como respostas às demandas institucionais, num momento posterior, diferentes ordens ou níveis de seletividade pessoal tornaram-se possíveis, de sorte a tê-la menos sujeita às determinações ou contingências situacionais. Nessa nova fase de ganho de autoridade, Cecília se orientou para um processo de trabalho mais individual e menos coletivo, detendo-se sobre objetos mais autonomamente eleitos e delimitados:

"*Chegou um momento que eu passei a ter uma linha independente no Departamento. Eu não diria que houve uma cisão, uma briga. Mas eu achei que era mais importante estar mais nessa linha de pesquisa de Metodologia e ir trabalhando em grupo não organizado. (...) E eu também estava muito interessada no discurso da população que usa os Centros de Saúde e não está necessariamente nos movimentos sociais. Então eu criei essa linha de pesquisa no Departamento, cujo título era assim bem amplo: 'Concepções de Saúde e Doença da População Brasileira'. O título era assim bem geral porque na verdade eu pretendia, ao implementar, sair*

do Rio de Janeiro, mas acabei ficando no Rio. Só que fiquei muito pouco tempo nessa linha, apenas dois anos e tive seis alunas de residência, inclusive uma que escreveu um artigo comigo que está em 'Ciências Sociais e Políticas Públicas' que é 'A dor do corpo grita a vida', que é um pouco o resumo deste trabalho. Fiz dois artigos relacionados a essa linha de pesquisa: Saúde e Doença, uma concepção popular da etiologia e outro sobre a visão da população em relação à organização dos serviços de saúde[116]"

Os trabalhos referidos por Cecília (vide *Apêndice I: F4, F7 e G1*), como produtos da nova vertente investigativa, concentraram-se sobre a questão da saúde e doença nas classes populares, expressando um de seus genuínos interesses de pesquisa. Também resultou na orientação de trabalhos de alunos versando sobre a questão. O abandono de tal linha de inquéritos e a proposição de um novo foco de pesquisas foi resultado de orquestração institucional. O prodigioso crescimento da violência no país e seus dramáticos impactos na saúde não permitiam que a Fiocruz se mantivesse refratária à questão. Questões macro-estruturais, o fato de a violência situar dentre as principais causas de mortalidade no país demandou a constituição de um espaço institucional de pesquisa dedicado ao estudo da violência em todas as suas formas de manifestação. Paulo Buss, então diretor da ENSP, e Sergio Arouca, presidente da Fiocruz, contataram Maria Cecília de Souza Minayo para que pensasse a criação de um núcleo de estudos sobre violência. O resultado foi a criação, em 1989, do CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli), um centro interdisciplinar, interinstitucional, intersetorial e interdepartamental.

O CLAVES é parte da Escola Nacional de Saúde Pública e articula o Departamento de Ciências Sociais (DCS-ENSP), Departamento de Epidemiologia da ENSP e Instituto Fernandes Figueira. Atualmente, comporta as seguintes linhas de investigação: conhecimentos e práticas sobre a saúde da criança e da mulher; desenvolvimento de metodologias de avaliação de programas e serviços; disseminação de informação sobre violência e saúde; estudos de morbi-mortalidade por causas externas; estudos e análises da produção bibliográfica sobre violência e

[116] O destaque é meu para recordar a distinção entre os objetivos de Cecília e do grupo de pesquisa da qual era membro, estudo da questão saúde/doença ligado a movimentos sociais. O outro artigo que Cecília menciona tem como título "*Abordagem Antropológica para Avaliação de Políticas Sociais*" e se refere aos achados obtidos a partir de trabalho de campo numa favela do subúrbio do Rio de Janeiro, conforme indicado para leitura em Apêndice.

saúde; estudos e análises de informação sobre violência e saúde; estudos na área de segurança pública; estudos sócio-epidemiológicos sobre crianças e adolescentes e jovens; estudos sócio-epidemiológicos sobre grupos vulneráveis à violência; estudos sobre mídia, violência e saúde e estudos sobre violência contra o idoso. Desde julho de 2000, vem atuando como Centro Colaborador do CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia), Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, visando ao apoio técnico-científico da Vigilância em Saúde na Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Desenvolve estudos, produz e dissemina informações sobre a epidemiologia das causas externas.

Cecília é coordenadora científica do CLAVES, uma instituição que prima pelo entendimento da ciência em sua utilidade social. Sendo uma intelectual que situa a saúde como um dos objetivos de luta da classe trabalhadora e de suas conquistas sociais dá-se a entender porque a Fiocruz recebeu com carinho uma cientista social cuja preocupação incessante é responder: "*em que medida pode haver uma relação orgânica entre a produção de conhecimentos e as necessidades da população, em termos de avanço da consciência sanitária?*" (Minayo, 1992:10). Também se dá a entender o motivo do convite para que estivesse à frente da criação de um núcleo de estudos de violência.

A personagem Cecília, suas ações e seu potencial de elaboração de conhecimentos foram desafiados pela proposta institucional e aceitação pessoal do objeto violência. Uma nova configuração de interesses temáticos foi produzida. A questão da violência tornou-se das principais linhas de pesquisa da intelectual. Palavras dela:

"*A Fiocruz não tinha nenhum centro de pesquisa relacionado a violência; não tinha nada. Você pode imaginar meu espanto quando o Paulo Buss e o Arouca me pedem isso. De violência eu conhecia o que todo mundo conhece: o medo, o sofrimento. E disso eu queria distância!. Mas, enfim eu acabei aceitando e criando com um amigo colombiano, Saul Franco; e com o Otávio Cruz Neto,a Edinilsa de Souza e Simone Gonçalves de Assis esse núcleo, onde estamos pesquisando até hoje*".

A adesão a uma estilística, a uma linguagem de função comunicativa que remete à expressividade verbal e analítica da comunidade das Ciências Sociais é nítida em Cecília. E, no entanto, não se trata de aderir a certos estratos intelectuais em detrimento de outros. Não se é

cientista social ou se é cientista social em saúde ou membro do campo da Saúde Coletiva. Antes de tudo se é cientista social, cientista social que opera num campo particular de aplicação: a saúde. Ao participar do campo da saúde como cientista social Cecília faz fertilização cruzada entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva de maneira a contribuir para a formação de uma cultura verbal que satisfaz as intenções comunicativas do campo social da saúde. Mas não apenas ela.

É de todos os membros dessa comunidade científica produzir falas, reafirmar competências lingüísticas, agregar valores novos a palavras bem conhecidas porque, como tenho afirmado, o significado das palavras é sempre influenciado pelos seus espaços lógicos. No seu grupo de comunicação, Cecília ocupa o lugar de quem traz à tona questões trabalhadas nas Ciências Sociais integrando-lhes sentidos que visam responder às demandas sociais que justificam o trato do objeto violência no campo da saúde pública. Disse-me ela:

"Os cientistas sociais da saúde não estão criando conceitos. Nós os colocamos para o campo da saúde, eles estão nas Ciências Sociais; são os conceitos de: luta de classes, condições de vida, estratificação social etc. Todos esses são conceitos das Ciências Sociais e nós os colocamos para o campo da saúde. (...) Há uma série de conceitos introduzidos pelas Ciências Sociais que passam a fazer parte de um idioma comum. A questão é a apropriação disso por disciplinas que não são das Ciências Sociais, como é que isso se dá. Corpo, doença, saúde, terapêutica etc, todos esses conceitos, eles são apropriados porque são conceitos da ordem do social ou da ordem do psíquico, então eles são apropriados. Então eu acho que a contribuição do cientista social é mais em relação à elaboração desses conceitos, a re-criação desses conceitos. O conceito de corpo, por exemplo, você pode trabalhar de uma forma interdisciplinar pelas Ciências Sociais, Ciências Biológicas e Epidemiologia.(...) A questão não é o cientista social estar ensinando para o epidemiologista nem para o biólogo – é estar construindo junto. Por isso que eu te falei que o que é mais promissor, no meu ponto de vista, é essa possibilidade de trabalhar junto e criar esses conceitos. (...) A gente (cientista social) também não pode subir no salto alto e achar que nós vamos fazer e vamos ensinar para os outros.(...) E eu inclusive tenho uma hipótese de que para você fazer uma boa articulação tanto com o biólogo quanto com o médico, quanto com o epidemiólogo etc, você tem que ser bom cientista social! Entendeu? Porque um fraco cientista social não vai ter capacidade de articular conceitos e nem discutir categorias".

Ao lidar com o tema da violência Cecília adota um centramento teórico e prático que não despreza noções caras ao campo da Saúde Coletiva, tais como: prevenção e promoção. Isso se explicaria não somente pela sua adesão às rotinas comunicativas do campo da Saúde Coletiva que priorizam tais conceitos, mas também pela habilidade profissional em articular à palavra violência conteúdos não veiculados pelas Ciências Sociais em si mesmas. Agindo assim, produz novos resultados para a investigação da violência que satisfazem seu enquadramento social, compreendendo-a como fenômeno complexo de raízes macro-estruturais, possuidor de expressões conjunturais e de determinadas formas de atualização que precisam ser desvendadas a fim de se aventar possibilidades de prevenção. Ela não se percebe como construtora de novos conceitos. Sente-se como articuladora de conceitos, alguém que é capaz de colher das Ciências Sociais conceitos e categorias de significação e importância para o campo da saúde, produzindo articulações promissoras Por isso ao elaborar a questão da saúde e violência a intelectual diz:

"*Por causa de seu caráter complexo, a partir de qualquer ângulo que seja abordado esse processo social (violência), as análises tem que ser abrangentes e específicas simultaneamente, assim como devem envolver diferentes contextos e atingir os sujeitos que sofrem ou provocam intolerância, conflitos e agressões. Desta forma, é papel do setor saúde liderar ações específicas, intersetoriais e de militância cidadã, buscando promover qualidade de vida, ambiente saudável, incorporação de direitos e superação do processo de dominação, de exclusão e de violência física, moral e emocional. Dentro das ações específicas, investir na prevenção de agravos e riscos e na atenção e recuperação das vítimas de violência e acidentes*" (Minayo, 1999:21).

Uma característica presente nos trabalhos de Minayo que abordam a violência (conforme *Apêndice I: A1 a A29*) é a disseminação de informação, de dados precisos, de análises ampliadas sobre a questão da violência em todos as suas manifestações e formas, tendo como preocupação mais bem fincada a elevação da consciência sobre a gravidade e importância do tema, de maneira a fomentar a reflexão sobre a qualidade dos serviços ofertados e buscar a adequação das políticas do setor. A posição ganha nitidez se tomarmos a fala que fez quando tratava da questão da violência contra crianças e adolescentes, dirigindo-se a um público da área

da saúde: *"A atuação de cada profissional de saúde que cotidianamente se envolve nessa rede de violências, não só se faz necessária, como indispensável, quando se pensa em transformar o quadro caótico em que se encontra a assistência no país. A despeito das péssimas condições de trabalho, a mobilização e o firme posicionamento dos profissionais podem melhorar a qualidade do atendimento oferecido. Ademais, ao proceder desta forma, além de atender ao seu dever – registrado no Estatuto da Criança e Adolescente, o trabalhador em saúde reforça o direito à cidadania, não apenas o seu, mas o de toda sociedade"* (Minayo, 1994:265)

Importante, para Cecília, é manutenção da consciência do caráter aplicado do campo ao qual aderiu, levando-a construir uma agenda de pesquisas menos centrada nas próprias Ciências Sociais em Saúde e mais comprometida com as questões práticas ou aplicadas ao universo da saúde. No parecer de Cecília, os cientistas sociais da saúde ocupam-se excessivamente com pesquisas sobre a própria área quando deveriam trabalhar com problemáticas específicas. Segundo ela, os cientistas sociais deveriam ser mais interessados em responder questões importantes e desafiadoras:

"Eu acho que nas Ciências Sociais em Saúde há uma tendência ao isolamento e a querer buscar a identidade olhando para dentro das próprias Ciências Sociais. A nossa identidade tem que ser construída olhando para fora! Eu tenho que estar muito mais voltada para entender por que será que as condições de vida na América Latina pioraram e os indicadores de saúde melhoraram. Eu tenho que olhar para essas coisas, em vez de estar olhando: ah! qual a identidade das Ciências Sociais? Estudar os cientistas sociais etc. Eu acho que isso é péssimo. Eu acho que está certo o que você está fazendo, mas a área como um todo não pode ficar voltando para ela mesma. Ela tem que se voltar para o objeto de trabalho da área que é a saúde e a saúde se dá no contexto da sociedade. Toda vez que há um Congresso de Ciências Sociais em Saúde, que os cientistas sociais se reúnem há uma tendência para olhar para o umbigo. Eu observo isso! E o que eu observo além disso? (Vou falar mal de outras profissões aqui), as áreas profissionais, todas, que são inseguras em relação ao seu profissional fazem isso. As enfermeiras fazem isso, as nutricionistas fazem isso, os psicólogos. Todos são pessoas que tem sua identidade um pouco balançada, eles vivem olhando para si próprios vendo o que tem de específico em si próprios. E eu acho que essa especificidade, nós vamos encontrá-la no contraste, percebendo-se diferente porque vi o outro e ao vê-lo percebi minha identidade. (...)

Então é frente a objetos concretos, temas concretos, problemas de saúde concretos que as Ciências Sociais terão sua identidade. Por isso que estou te falando que quando se pensa o futuro das Ciências Sociais em Saúde eu penso que tem futuro sim. Que deve ter, precisa ter, precisa ter , até desculpe a veemência. Mas, a técnica e a tecnologia só biológica ou epidemiologicista ou mesmo só das Ciências Sociais quantativista não podem tomar o campo do social. O sentido do humano, da subjetividade das relações sociais, do simbólico, das representações sociais, isso tem que estar presente o tempo todo e nós temos que trazer isso."

Mas, Cecília valoriza os feitos de intelectuais que têm pensado a área de Ciências Sociais em Saúde e contribuído para sua expansão. Ela própria se dedicou a trabalhos dessa natureza (conforme *Apêndice I: E1 e E2*). Outros textos também foram construídos para pensar o campo da Saúde Coletiva e Saúde Pública em várias dimensões (vide *Apêndice I: D1 e D2*). E no entanto, os trabalho que contemplam cunho aplicado são mais presentes na sua obra, como se observa no *Apêndice I*, em trabalhos sob classificação: A: Violência; F: Saúde-Doença, Meio-Ambiente e Qualidade de Vida; G- Serviços de Saúde e/ou Políticas Sociais.

O CLAVES foi criado com vistas à condução de pesquisas de caráter aplicado e está voltado para a produção de conhecimentos, orientação de recursos humanos e assessoria das políticas, da gestão, dos movimentos sociais. Diante disso, interessei-me por saber como se dá o processo de produção intelectual no cotidiano de relações sociais no centro. Cecília respondeu-me:

"Então o que a gente faz aqui? A gente está sempre produzindo conhecimento porque estamos fazendo pesquisa o tempo todo. Por exemplo, você vê estes embrulhos? Tudo isso é questionário e depois roteiro de entrevista qualitativa que estamos aplicando em policiais do Rio de Janeiro. O pessoal está em campo agora fazendo uma pesquisa de violência em escolares. Tudo isso é produção de conhecimento. Então estamos produzindo conhecimento, publicando em revistas e em livros e, ao mesmo tempo, fazendo que seja aplicado ao serviço. Nós assessoramos o Ministério da Saúde, Secretarias Municipais, somos centro colaborador do CENEPI"

O modo como Cecília pensa a ciência e seus papéis merecem esclarecimento. Dentre os autores que Cecília recorre a fim de fundamentar sua compreensão do labor científico

encontra-se Habermas. Uma adequada interpretação acerca do conhecimento, no parecer de Cecília, é alcançada quando Habermas lembra que não há conhecimento sem interesse, que o conhecimento solto não existe. Seguindo esta idéia, a autora argumenta que todo conhecimento estaria ligado a alguma coisa ou a interesses, sejam eles biológicos, financeiros, práticos etc. No CLAVES, declara Cecília, faz-se trabalho de campo todo o tempo: qualitativos, quantitativos, epidemiológicos, sociológicos e antropológicos. O interesse é a formulação de conhecimentos que revertam para os serviços de saúde e para as políticas de saúde. Contudo, ela não frisa o valor das Ciências Sociais em Saúde como estritamente imediatistas, apressadas ou operativas. A defesa é pelas Ciências Sociais em Saúde compromissada com a realidade social, capaz de operar em vários níveis, do abstrato ao instrumental.

Atualmente, Cecília está aposentada. Como se trata de aposentadoria funcional permanece vinculada ao DCS por projetos e orientação de alunos. Sobre sua condição profissional me diz:

"*Estou no Claves. Não estou com uma vinculação formal ao DCS. Então eu não tenho que dar conta da minha vida, eu diria assim, ao Departamento. Agora minha produção vai pra lá, as orientações que eu faço está articulada às Ciências Sociais em saúde então vão pra lá. Mas eu não tenho essa coisa chata que todo mundo detesta – eu não tenho que ir à reunião do Departamento. (...) Atualmente o DCS está tendo envolvimento com pesquisa de promoção de saúde, mas em geral foi sempre assim estudando os seus teminhas, aquela coisa que não se articula, sabe? Eu tenho colegas do DCS que disseram que nunca irão a campo! Quando eu saí para o CLAVES, e saí por chamado do diretor e do presidente; não briguei com ninguém, saí muito bem. Mas quando eu comecei essa pesquisa em favela aí eu mostrei muito ao Departamento que tem uma fimbria que o sistema de saúde não atinge que é a desse pessoal que não está em movimento social, que não está em movimento sindical. Eu tinha colegas que estão no DCS que diziam assim: 'não podemos fazer nada: os marginalizados, os excluídos que continuem, não podemos fazer nada'. E eu sempre achei essa população exatamente a que mais precisava, a que mais tem que ficar alertando. Esse pessoal não chegava ao Sistema; o Sistema que tinha que chegar até elas. A gente fez vários seminários no Centro de Saúde. O Centro de Saúde foi muito sensível, mas no DCS havia colegas dizendo isso. Lamentável, nunca se*

aproximaram do mundo desse povo! E isso é uma grande contradição, são as mesmas pessoas que lutaram pela Reforma Sanitária para ter uma saúde melhor."

Acompanhando a trajetória intelectual de Cecília, pontuando suas idéias poderíamos identificá-la como estando, sob certos aspectos, adiantada ao seu tempo. Quando da fluência do marxismo como macro-metáfora, sobretudo em sua feição histórico-estrutural, Cecília parecia mover-se na contra-mão indagando pelo que não parecia o prato do dia: o sujeito. Somente mais tarde, quando teve lugar a implementação do SUS suas colocações ganharam sentido por parte daqueles que, conspurcados pelas idéias de Althusser, entendiam a questão do sujeito como "*baboseira de antropólogo*", para repor palavras usadas por ela. O momento pós Reforma foi propício para a consideração do sujeito. Para tornar o SUS uma realidade que atendesse aos interesses dos usuários tornou-se importante considerar: como se faz isso e com quem se pode contar. Isso obrigava colocar o sujeito no centro do debate. E isso Cecília fazia muito tempo antes, antecipando perguntas e questões nessa direção:

"*E eu penso que desde que vim para o CLAVES tive uma contribuição importante ao entrar na questão da subjetividade. (...) Quando entrei no DCS tinha um Centro de Estudos e funcionava muito bem. E ali a grande discussão com o pessoal da Reforma Sanitária era essa: vocês já conversaram com as pessoas que serão alvo dessa Reforma? O que dizem, por exemplo, os profissionais? Porque eu percebia que a Reforma pensada à la Althusser era a reforma administrativa, a reforma dos aparatos. Não havia uma preocupação com o ouvir a população. 'Ah! mas nós somos do movimento social' Qual movimento social? Eram os sindicalistas. Quer dizer, o sujeito não estava falando, o sujeito indivíduo, pessoa, o sujeito profissional não estava dando sua opinião. Quem estava dando a opinião era o sujeito coletivo, vamos dizer assim - a classe. O sujeito pensado por Luckás, era o máximo que se poderia pensar. E eu sempre colocava essa pergunta, eu era incômoda. (...) Então eu acho que assim como no momento da Reforma tinha antes aquela conjuntura de agitação política, agora você tem que mostrar a que veio. A Reforma Sanitária não acaba na Constituição, mal começa! E você só pode implantar uma coisa com adesão. E aí você vê que mudam os atores sociais. A maioria dos sujeitos que atuaram na Reforma vão perdendo força no sentido de atuação concreta e outros sujeitos vão tomando o lugar. Vai tendo destaque para CONASS, CONASSEM como figuras que vão*

aparecendo. Você tem que trabalhar adesão. Acho que hoje é muito mais propício o ambiente para se pensar o sujeito, mas também não é uma coisa só internalista da área da saúde. Acho que isso vem junto com a crise das chamadas macro-metáforas, que é a crise do positivismo, a crise do próprio marxismo mecanicista, a crise social – tudo isso junto."

Mais recentemente a intelectual teve oportunidade de publicizar idéias que, de longa data, a acompanhavam comprovando sua atualidade e pertinência. Ao prefaciar o livro de Sílvio Fernandes da Silva (2001), que trata da implantação do SUS na cidade de Marília, Cecília apresentou o SUS como um sentimento, uma retórica, uma prática e uma realização. Reconheceu que a implantação do SUS remete a questões delicadas que envolvem sujeitos, a construção e desconstrução de práticas, de protagonistas e da formação de novo *ethos*. Preocupações sobre o lugar e papel do sujeito no quadro das transformações desencadeadas com a Reforma, acompanhavam Cecília desde suas atuações como presidente da Abrasco ou membro do Conselho Nacional de Saúde, na qualidade de representante da SBPC. Porém o segundo, e atual, momento da construção do SUS, caracterizado pelo trabalho de gestão de sua implantação, obriga reconhecer a importância do sujeito para a condução da mudança na prática. Cecília destaca sujeitos importantes no movimento da Reforma, destaca a importância dos sujeitos no sucesso da implementação do SUS e nos justifica porque age assim. E ao fazê-lo esclarece ao pesquisador interessado em conhecer a prática da ciência, como ela própria a constrói:

"(...) quero esclarecer que participo das idéias das ciências sociais compreensivas e da hermenêutica-dialética que, cada vez mais, tendem a recuperar o papel dos indivíduos nos processos, mostrando que seu protagonismo tem sido fundamental para a efetivação das mudanças sociais. Obviamente, essa linha teórica não se iguala e nem dá força ao pensamento da história tradicional e conservadora que confere aos reis, aos poderosos e aos governantes o mérito como detentores das chaves das transformações. Nem se situa no âmbito da sociologia positivista ou do marxismo mecanicista para os quais os indivíduos ou são reflexos da coletividade ou cumprem funções intercambiáveis nos processos de mudança. Ao contrário, ao pôr ênfase na atuação de alguns indivíduos, as correntes que privilegiam os sujeitos (individuais, grupais e coletivos) evidenciam que existe, subjacente a toda construção social, uma dialética entre os desejos e as vontades voltados para uma específica ação social; as mediações de

instituições que são construídas ou reencaminhadas para que esses desejos e vontades sejam alcançados; e determinados atores individuais e coletivos que se engajam na realização concreta da institucionalização dos projetos. Com certeza, sem o empenho de uma parte nesse triângulo virtuoso, a história não seria a mesma" (Minayo, 2001:36)

Essa é a via que acessa e manifesta o pensamento de Cecília. A interpretação metodológica das obras de Minayo permite identificar o exercício da hermenêutica-dialética como profissão de fé nas suas estruturas. Seus textos, reunidos no *Apêndice I.1,* deram-me acesso às razões do seu pensamento, as quais remetem-se à hermenêutica-dialética. Em sua prática científica o método de sua defesa confunde-se com seu pensamento e se põe em ação. É possível conhecer as obras de Cecília a partir do método que defende - a hermenêutica-dialética. Se o objeto de exame consagrado num certo texto é a violência ela concede voz àqueles que as sofrem e aos que a praticam; os sujeitos são destacados. Se for a velhice, ela incorpora a visão dos idosos e reconhece seu protagonismo na sociedade. Essa é atônica que se multiplica na prática científica dessa intelectual do Campo das Ciências Sociais em Saúde quando se ocupa de questões que envolvem homens e suas vidas. O interesse é sempre buscar compreender a realidade humana vivida socialmente e captada pelos sujeitos.

Cecília entende o método como a alma da teoria, aprendeu isso com Lênin e levou este conhecimento para sua prática cientifica. Do seu ponto de vista, o método é o elemento primordial para fazer a distinção da ciência de outras formas de produção intelectual. A ciência teria se consagrado na sociedade ocidental por ter conseguido estabelecer uma linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas para a compreensão do mundo, das coisas, dos processos, das relações. Além, é claro, da sua potencialidade para responder aos desafios tecnológicos da sociedade moderna (Minayo, 1998).

A pensadora repudia a fragmentação do conhecimento; a institucionalização e aprisionamento do saber nas universidades; o obscurantismo, a anarquia intelectual canceriforme[117], o fascínio pela razão técnica e a fabricação do atraso mental e da servidão. Por isso, autores de sua recorrência para fundamentar tais posições são: Gusdorf, Castoriadis, Habermas, Japiassu (Minayo, 1991).

[117] Tomada de Japiassu (1981:80), a expressão pretende denunciar a alienação da ciência ensinada na academia, conforme já mencionamos no capítulo 4.

Em *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde,* sua obra seminal, Cecília se esforça por pensar questões referentes ao ensino da pesquisa científica. Inquietava a autora o fato do ensino da pesquisa científica ser reduzido a uma expressão meramente operacional. Ou o fato de serem oferecidas abordagens apenas teóricas que não chegavam a enfrentar a questão da prática da pesquisa. Sua compreensão da ciência e seu papel obrigaram-na a compor uma obra onde se conjugam três domínios para a produção da ciência: o epistemológico, o metodológico e o operacional. O compromisso do *Desafio do Conhecimento* é lidar com essas três dimensões. De tal maneira, a autora converte as Metodologias da Pesquisa Qualitativa em objeto de discussão privilegiada no livro. Frisando o compromisso para com a formação de pesquisadores no campo da saúde, o esforço de Cecília foi levar para esse campo o debate sobre o "qualitativo".

Esta obra está marcada pelo esforço da autora em dar tratamento às fases da pesquisa científica: a fase exploratória; a fase de trabalho de campo e a fase de análise ou tratamento do material. A fase de *Análise de Conteúdo,* conforme a autora, poderia ser um termo genérico usado para designar o tratamento dos dados, mas ele tem implicações teórico-metodológicas e se trata de conceito historicamente construído.

De acordo com Bardin a Análise de Conteúdo pode ser definida como: "*Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens*". A autora percebeu a importância de combinar a Análise de Conteúdo de Bardin com princípios da concepção de Habermas sobre a hermenêutica-dialética, entendida como metodologia de abordagem da comunicação que permite superar o formalismo das análises de conteúdo e do discurso indicando um caminho do pensamento (Minayo, 1996:199). As riquezas desse livro são hiperbólicas e a tentativa de apresentá-lo poderia resultar em dilapidação dos seus méritos. Trata-se de uma obra de ampla circulação, sendo de uso tanto nos domínios da pesquisa e saúde como leitura nos cursos de Ciências Sociais.

Exercitando a hermenêutica-dialética as oposições desvanecem de sentidos, frente à cientista social do campo da saúde. Não se trata de reafirmar velhas dicotomias: quantitativo/ qualitativo, macro/ micro, interioridade/exterioridade, mas de entendê-las como partes da mesma totalidade. Por isso, defende que o campo da saúde, na qualidade de complexa realidade,

demanda a abordagem dialética. Logo na Introdução Cecília marca o compromisso do *Desafio do Conhecimento*: *"É dentro desse esforço de ampliar o debate teórico/metodológico no campo da saúde, sob o enfoque dialético, que coloco este trabalho(...)"*. Com tal pretensão Minayo fez uma das mais importantes contribuições ao pensamento social em saúde no Brasil, pois que se trata de disponibilizar uma obra que vale como apoio para a multiplicação de pesquisas científicas, seja no campo da saúde ou não.

Perguntei a Cecília sobre seu esforço em *Desafio do Conhecimento*. Passo a transcrever sua resposta:

"O que eu faço? Eu tento sempre relacionar teoria e método, mostrar que não existe método sem teoria e vice-versa. Que toda vez que você trabalha uma teoria, ao mesmo tempo tem que trabalhar com sua aplicação; ela se realiza na sua própria aplicação que é a metodologia. Mostro que a metodologia em si, ao mesmo tempo, discute as bases teóricas, ela trabalha com o método, propriamente dito e necessita de um terceiro ingrediente, sempre articulado a essa produção de conhecimento provocado pela metodologia, que é a criatividade do pesquisador, a subjetividade. Não há pesquisa neutra. Existe sempre uma articulação da subjetividade, da objetividade, da teoria e dos instrumentos na construção da objetivação do conhecimento e essa objetivação passa pela subjetividade"

A articulação entre teoria, método, aplicação e subjetividade é exercitada em seus próprios textos. Quando Cecília estuda a violência oferece considerável volume de informações de natureza quantitativa articulando-os à análise qualitativa, ao tempo que expressa sua subjetividade na captação de questões e alternativas para respostas. A valorização da relação quantitativo e qualitativo não é retórica em Minayo: é prática científica cotidiana.

Uma questão, para ela, desconfortante é a tendência de privilegiamento ao quantitativo em detrimento do qualitativo ou vice-versa. Cecília (2000:45) narra um episódio interessante envolvendo esta questão, quando numa banca de tese um epidemiologista inquiria sobre a tal "moda" da interdisciplinaridade quando os epidemiologistas sempre fizeram também Ciências Sociais e, ainda noutra ocasião ouviu numa aula magna o pronunciamento de um epidemiologista que colocava a abordagem qualitativa das Ciências Sociais em último lugar no *ranking* dos métodos. Porque essas concepções equivocadas não são incomuns, Cecília se dedica

a elaborar trabalhos que conscientizem sobre a complementaridade existente entre o quantitativo e qualitativo (vide *Apêndice I: B5 e B9*).

Recentemente, veio a luz um artigo tratando especificamente da relação entre e Epidemiologia e Ciências Sociais As autoras do artigo, todas pesquisadoras do Claves, dentre elas Cecília, propuseram-se descobrir como vêm sendo apropriadas categorias das ciências sociais pela epidemiologia e como vêm sendo incorporadas as categorias da área de epidemiologia pelas ciências sociais (Minayo et al, 2003). Após competente imersão nos dois campos disciplinares e reconhecimento dos seus modos de interações as autoras assinalaram um rol de enganos e dificuldades, levando-as a concluir: *"A associação profícua entre epidemiologia e ciências sociais se dá quando existem (sendo na mesma pessoa, ou em pessoas associadas) cientistas sociais e epidemiologistas dispostos a uma relação profissional dialógica e respeitosa, e quando nesse encontro se articulam estudos que tratam da magnitude dos fenômenos e da análise da historicidade, das relações, das representações e da lógica interna dos processos e dos grupos trabalhados. Em tais circunstâncias, as ciências sociais têm um papel fundamental de historicização e crítica de conceitos e categorias e de aproximação e diferenciação do seu uso nas duas áreas de conhecimento. Usando apenas um exemplo, tomando como central os conceitos de população, risco, saúde e doença, desigualdade, qualquer processo de aproximação entre epidemiologia e ciências sociais partiria da problematização desses conceitos em sua especificidade histórica. Nenhum deles é um dado, e seu significado costuma ser apropriado diferentemente por ambas as áreas."* (Minayo et. Al, 2003)

A preocupação com a prática interdisciplinar e finalidades dos conhecimentos produzidos não são relegados ao segundo plano nos trabalhos de Cecília. Quando aborda questões relativas ao meio-ambiente e qualidade de vida (*Apêndice I.1F*) é para pensar a aplicação do conhecimento numa agenda estratégica capaz de subsidiar, orientar ou compor ações governamentais que contraponham os riscos à saúde a qual estamos submetidos na sociedade contemporânea. Os conhecimentos produzidos por Cecília nunca são desinteressados.

Sem dúvida se trata de uma pessoa que detém uma experiência de vida bastante interessante. Por isso sua presença nessa tese, por isso a justificativa de nos aproximarmos de sua produção intelectual ressaltando sua contribuição ao pensamento social sem saúde. Em Cecília, o timbre moral, a coerência, sensibilidade, competência e respeito pelas pessoas, certamente são heranças que ganhou do pai, homem a quem certa feita homenageou com as seguintes palavras:

"(...) eu também quero usar o espaço que me foi oferecido para fazer uma justa homenagem ao meu pai. Fragmentos de sua presença em mim são o encantamento pela vida, a dedicação pelas causas nas quais acreditava, o espírito público voltado para as coisas da política (no bom sentido, quando elas representavam o bem para a comunidade em seu derredor), a capacidade de escolher os bens que duram, que são do espírito, o amor pela cultura e pela arte, a sintonia com seu tempo, em lugar da evasiva vaidade das modas e dos modismos. Tudo isso eu poderia traçar como características imortais de um homem do campo, apaixonado pela terra, do interior de Minas Gerais, tão cercado pelas montanhas como libertado pelos seus cumes, que voando para os céus nos deixou marcados (a todos os seus filhos) pela sua honestidade, amor ao trabalho e senso de justiça. Mas houve um detalhe especial de seus pensamentos e ações que muito nos tocou, e que ele nos transmitiu envolto numa metáfora aparentemente banal: "Eu sou pobre, não tive condições, mas vocês serão maiores do que eu. Meu avô tomou banho na gamela, meu pai tomou banho na bacia, eu tomo banho no chuveiro e na banheira, vocês tomarão banho em alguma coisa mais moderna e melhor". Essa sentença foi repetida várias vezes. O exemplo com certeza soa muito do interior e da intimidade da casa porque suas metáforas eram todas do mundo agrícola ou do universo familiar, mas a mensagem é pura e cristalina. A vida não é e não pode ser uma repetição pura e simples. É criação, é novidade, é história. Dentro desse espírito, meu pai, um homem do campo, do interior, com poucos estudos (como dizia) sempre se superou. Com isso, nos desafiou, a cada um de seus filhos, a dar o melhor de nós, para realizarmos a aventura da vida". (Minayo, 1998:xiii)

Nada mais a dizer dessa intelectual que guarda uma obra científica que detém magnitude, expressão e qualidade. Se não consegui convencer o leitor disso, certamente é causa estritamente das minhas limitações pessoais. Eu poderia dizer, com o temor de ferir etiquetas e protocolos, que maior mercê foi feita a mim mesma pela oportunidade de conviver com Cecília durante minha pesquisa. Vem-me agora rememorar o abraço desancado do meu peito e as palavras que lhe disse, tão insuficientes para agradecê-la, por ocasião da despedida: *obrigada, Cecília, porque você me revelou a ciência como algo que encontrado em você nunca mais perderei.* Cecília, a ciência tem a orgulhar-se de ti, tanto quanto seria capaz de fazer teu pai com

os grandes sentimentos que tinha. Você nos dá banhos, o melhor de todos eles: o de humanismo – esse que mantém as almas alvas e renova a vontade de ser melhor e lutar sempre.

A seguir, prossigo minha tarefa observando um outro espaço lógico de produção de conhecimentos voltados para o pensamento social em saúde, o DMPS-Unicamp, nele teremos a oportunidade de focalizar a prática e os produtos científicos de Everardo Duarte Nunes.

CAPÍTULO 6

SOBRE O PROCESSO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA: O DMPS

"As Ciências Sociais em Saúde na América Latina e no Brasil, refletem não somente as tradições intelectuais, mas os itinerários dos pesquisadores e as suas procedências". [118]

Everardo Duarte Nunes

Quando aprendemos com Wittgenstein que o falar da linguagem é parte de uma atividade ou forma de vida, atingimos a convicção que a averiguação e análise do pensamento revela impar produtividade sob enfoque antropológico. O pensamento se transforma num assunto empírico quando se reconhece sua vinculação a espaços lógicos que atuam permitindo que as coisas sejam pensáveis. Tal concepção estabelece as bases que tornam possível a etnografia do pensamento. Indagar e refletir sobre o pensamento de posse desse entendimento completa de certezas o etnógrafo que alcança uma oportuna compreensão para deflagrar e legitimar a etnografia do pensamento. Parece ser o etnógrafo que pulsa em (Wittgenstein, 1984:173) quando diz: *"observar não produz o observado (Esta é uma constatação conceitual). Ou: não observo aquilo que surge apenas através do ato de observar. O objeto da observação é outro."*

Não é por outra razão que um dos maiores incentivadores do estudo etnográfico do pensamento, Clifford Geertz, tenha manifestado:

"Seja como for, a oposição de Wittgenstein à idéia de uma língua privada, crítica que tirou o pensamento de sua gruta mental e levou-o para a praça pública onde podia ser examinado; sua noção de jogo de linguagem, que forneceu uma nova maneira de encará-lo – como um conjunto de práticas; e a sua proposta das "formas de vida" como (para citar um

[118] In: Conferência pronunciada ao II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde.

comentador) o "conjunto de condições naturais e culturais pressupostas em ... qualquer compreensão específica do mundo" tudo isso parece quase feito sob medida para possibilitar o tipo de estudo antropológico que eu e outros da mesma cepa fazemos" (2001:09).

Eu diria que Wittgenstein possibilita e incita o estudo de homens como membros de comunidades de fala, homens incumbidos de papéis sociais que através dos usos que fazem da linguagem conduzem ações. O etnógrafo exibe autoridade para o exame das comunidades dentro das quais a linguagem circula, para a análise das situações nas quais a comunicação ocorre e para o estudo dos padrões, propósitos e regras que orientam a escolha de uma e não outras palavras, ou seja, dos usos da linguagem a partir de uma ordem de possibilidades.

O Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (DMPS-Unicamp) comporta-se como um desses espaços lógicos vinculados à produção do pensamento que informam ações. Ali busquei investigar como e de que maneiras relações sociais desenroladas atuam estruturando hierarquias e princípios de distribuição e diferenciação de poderes próprios da conformação dos campos científicos e que manifestariam interferências nos processos de produção científica em termos de suas feição, organização e direção. Como já notamos, as ciências revelam-se como um tipo particular de organização de trabalho. Assim, o conceito de *organização reputacional*[119], tem se revelado importante para o curso dessa pesquisa.

O empenho, neste capítulo, foi pensar o processo e resultados de produção científica de contribuição ao pensamento social em saúde, salientando como tais questões articulam-se e repercutem no sujeito concreto, membro da *organização reputacional*.

Entender a fabricação da ciência como um tipo de organização de trabalho demanda reflexão sobre processos sociais com os quais conecta-se. Por isso, procurei observar e refletir sobre as posições sociais que os fabricantes das Ciências Sociais em Saúde ocupam no âmbito do DMPS. Lembro que as posições não se devem exclusivamente às volições ou intenções particulares dos sujeitos, mas refletem o resultado do jogo de forças objetivas imposto naquele

[119] Caberia lembrar o conceito de - "*reputational organizations*", confome forjado por Whitley (1982:315), para expressar as ciências como sistemas de trabalho com praticantes que controlam o modo e os objetivos pelos quais seus trabalhos são conduzidos à luz de crenças particulares e propósitos da comunidade reputacional da qual são membros.

espaço social a todos os seus participantes. A questão é refletir sobre as propriedades que destacam força e poder desiguais aos intelectuais e as repercussões desse conjunto de fatos na produção científica.

Considerando, juntamente com Bourdieu (2001:134), que as distintas espécies de poder e de capital funcionam como princípios de construção do espaço social, procurei examinar os processos de construção científica no campo das Ciências Sociais em Saúde, enfocando-os em termos de sua relação com o campo da Saúde Coletiva. Assim, o DMPS emergiu como espaço social marcado por lógica e hierarquia próprias, lugar onde se abrigam intelectuais operando a partir das relações de força que estruturam o campo da Saúde Coletiva um como campo heterogêneo.

Conforme já dito, a Saúde Coletiva tem sua sustentação a partir de um tripé composto por Epidemiologia, Planejamento e Ciências Sociais em Saúde. Estes universos comportam homens e propriedades que regem princípios de divisão diferencial entre eles, consideradas: a-) as posições relacionais entre uns e outros sujeitos afiliados a cada um campos citados; b-) a situação posicional de cada um desses campos com relação aos demais ; c-) a relação dos diferentes campos com a Saúde Coletiva e d-) a posição particular da Saúde Coletiva no campo de poder do conjunto das instituições de ensino superior. Intelectuais da saúde, ao tomar parte de certos domínios científicos, viveriam situações semelhantes, sofreriam condicionamentos equivalentes e desenvolveriam interesses e atitudes comuns, conforme viessem a se definir como planejadores, epidemiólogos, cientistas sociais em saúde ou ainda ao se dizerem membros do campo da Saúde Coletiva, pertencentes a uma e não a outra instituição científica em especial. Para observar a realidade deste conjunto de coisas e seu impacto no sujeito e sua produção científica é meu apelo à etnografia.

O lugar das Ciências Sociais em Saúde no DMPS-Unicamp

Nos momentos de encontro com os profissionais do DMPS, estes me pareciam estar correndo atrás do tempo perdido. Moviam-se de um lado para o outro no corredor para atender ao telefone, transmitir um recado ou para outras ações comezinhas. Pilhas de papéis e livros sobre as mesas. Alunos batendo à porta interrompendo o fluxo de suas falas. Tudo parecia funcionar para explicar-me porque suas respostas ao meu contato inicial sempre fora a pouco sutil pergunta:

"*mas isso vai demorar muito?*". Entretanto, em não raros dias, podia-se acompanhar o silêncio nos corredores sendo interrompido pelo soar do telefone, pelo abrir e fechar de portas e alguns poucos passos que se adiantavam em cadência marcada. Dias em que pouco ou quase nada havia para ser observado. Na verdade, os espaços privilegiados para a produção científica não são os departamentos e seus burburinhos. Os intelectuais requisitam o silêncio, o manuseio de seus livros ou outros materiais e a familiaridade com seus computadores pessoais para assim se envolverem na fabricação da ciência. Por isso nem sempre os departamentos facilitam a observação etnográfica.

Médicos formam o maior volume de profissionais do DMPS, agrupados conforme suas adesões às seguintes áreas: Planejamento, Epidemiologia, Saúde Ambiental, Saúde Comunitária e Saúde Ocupacional. Compõem o corpo docente do DMPS: Djalma de Carvalho Moreira Filhos (livre docente); Emerson Elias Merhy (livre docente); Everardo Duarte Nunes (doutor); Gastão Wagner dos Santos (livre docente); Ana Maria Segall (doutora); Ângelo Zanaga Trapé (doutor); Aparecida Mara Iguti (doutora); Carlos Alberto Correa (doutor); Edison Bueno (doutor); Eduardo Mello de Capitani (doutor); Ericson Bagatin (doutor); Flávio A. Duque Zambrone (doutor); Flávio César Sá (doutor); Helenice Bosco de Oliveira (doutora); Heleno Rodrigues Correa Filho (doutor); José Inácio de Oliveira (doutor); Maria R. de Camargo Donalisio (doutora); Maria da Graça Andrade (doutor); Marilisa Berti Barros (doutora); Nelson Felice de Barros (doutor); Nelson Rodrigues dos Santos (doutor); Paulo Roberto de Madureira (doutor); Sergio Roberto de Lucca (doutor); Sílvia Maria Santiago (doutora), Solange L'Abatte (doutora); Satoshi Kitamura (doutora).

Os cientistas sociais foram gradualmente se fazendo em menor número no Departamento. De um total de seis, em meados da década de 70, hoje totalizam três: Solange L'Abbate[120], Everardo Duarte Nunes e o mais recente contratado Nelson Felice de Barros. Ativa por muitos anos no DMPS, Ana Maria Canesqui[121] é atualmente professora voluntária dada sua aposentadoria em 1996.

À primeira vista a queda numérica de cientistas sociais no DMPS levanta suspeitas que merecem investigação se não nos contentarmos em responder a questão pela via da crise das

[120] Solange L'Abatte não se encontrava no Brasil quando de minha pesquisa mais sistemática.
[121] Como professora voluntária Ana Maria Canesqui não mantém vínculo trabalhista com a instituição, mas permanece ativa na orientação de alunos e em atividades na pós-graduação.

universidades. Seria a gradual perda de quadros conseqüência de um suposto enfraquecimento dos discursos sociais da saúde? Haveria um protesto mudo contra os cientistas sociais ganhando voz quando das situações de disputas de vagas para contratação docente, resultando na substituição do cientista social por um profissional com competência em Medicina? A Escola Médica estaria negando a importância da presença, relevância e efetiva contribuição dos cientistas sociais no campo social da saúde?

Pedir para as pessoas falarem sobre o assunto parecia um convite à tergiversação, posto que o refinamento formal nos comentários foram atitudes freqüentes. Se os elogios às Ciências Sociais e/ou cientistas sociais e suas atuações se multiplicavam como entender a diminuição da sua presença no DMPS? Não foi difícil nesses momentos lembrar de Malinowski e seus cuidados para com a existência da linguagem hipócrita.

Ana Segal[122], então chefe do DMPS, referiu uma "*preocupação legítima*" quanto à posição ocupada pelas Ciências Sociais em Saúde no âmbito da Saúde Coletiva, haja vista a perda de quadro que sofreu na Faculdade de Ciências Médicas (FCM):

"(...) uma preocupação legítima que deve ser levada em consideração é o fato de, por exemplo, em relação às Ciências Sociais é que, ao não manter um lócus próprio, vá perdendo espaço dentro do Departamento, dentro da Faculdade de Medicina e comece haver dificuldade de reposição dos quadros, contratação de profissionais docentes específicos da área de Ciências Sociais. Acho que essa é uma preocupação que deve estar presente"..

Persistindo na questão, perguntei sobre os demais problemas oriundos da inserção das Ciências Sociais num *lócus* estranho, Ana Segal reorientou sua fala:

"Mas eu acho que aqui é o lócus do cientista social. É claro que se trata de Ciências Sociais aplicadas a uma área de saúde e não Ciências Sociais pura. É mais reflexiva, uma ciência mais aplicada. Tem pertinência ter o cientista social aqui, ele não está fora. O cientista

[122] Ana Segal é médica com residência em Medicina Social pela Santa Casa e especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Exerceu funções de médico-sanitarista na rede de saúde de São Paulo e coordenou programas na área da saúde da criança e da mulher no Ministério da Saúde. O mestrado foi feito em Epidemiologia, área na qual é atuante. O ingresso no DMPS data de 1987. Atualmente, suas pesquisas abordam a promoção e proteção do aleitamento materno em parcerias com o Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina de Santos, uma ONG e uma faculdade internacional.

social não pode ter como único lócus dentro da Universidade uma Faculdade de Ciências Humanas. Tem cientista social na área de geociências, educação, medicina, enfermagem... Eu acho que são áreas prioritárias de aplicação das Ciências Sociais".

Ana Segal reconhece um lugar problemático para o cientista social no interior do DMPS, porém cuida de lhe angariar solidariedades:

"Eu acho que o cientista social é mais marginal (silêncio). *Acho que marginal é uma palavra muito forte! Mas é como se corresse meio paralelo. E não é só o cientista social, eu acho que dentro da Escola Médica os Departamentos de Medicina Social, de Medicina Preventiva têm dificuldade de inserção no corpo da FCM porque se constituem de forma diferente dos departamentos clínicos. Enquanto boa parte da formação do médico está voltada para o cuidado individual, as áreas da Medicina Preventiva, Medicina Social, Saúde Pública, inseridas nas Escolas Médicas, lidam com o coletivo que é uma coisa muito mais abrangente e que precisa ser interdisciplinar por natureza, algo que não encontra uma compreensão muito fácil pela maioria porque aí na Faculdade de Medicina são 16 departamentos, o único que se caracteriza dessa forma é o nosso departamento, ele já é minoria. Então, no bojo da Saúde Coletiva as Ciências Sociais não tem nem um papel subalterno nem marginal. Eu acho que a compreensão da importância dessa área de conhecimento (Ciências Sociais) na Saúde Coletiva é muito grande. O problema é que na disputa por poder dentro da Faculdade de Ciências Médicas nosso departamento é sempre o mais frágil".*

Ana Maria Canesqui [123] expressa opinião de mesmo timbre. A cientista social refere o sucesso das Ciências Sociais no DMPS, destacando o reconhecimento que os trabalhos dos

[123] Ana Maria é membro da comunidade de cientistas sociais em saúde. Graduada em Serviço Social, sua formação em Ciências Sociais foi agregada prioritariamente no âmbito da pós-graduação. Além de freqüentar cursos de Ciências Sociais no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, Ana Maria concluiu o Curso de Especialização em Planejamento Econômico e Social oferecido pelo Departamento de Economia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, em 1967. No ano de 1971, ingressou no Programa de Mestrado em Antropologia Social do Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo e sob a orientação de Eunice Durham deu início à redação daquela que vira ser sua tese de doutorado: *"Comida de Rico, Comida de Pobre: Um Estudo sobre Alimentação num Bairro Popular"*. Sua produção intelectual é vasta e contém pesquisas sobre a questão da antropologia e saúde no Brasil, Ciências Sociais em Saúde e seu papel e responsabilidades na sociedade contemporânea. Uma multiplicidade de trabalhos ela

cientistas sociais obtiveram com a consolidação da disciplina de Ciências Sociais em Saúde, tenazmente fincada na instituição. Assim diz a intelectual:

"Acredito que todos nós, cientistas sociais, tenhamos reconhecimento. Cada um dentro daquilo que está fazendo. Eu não vejo problemas de status dos cientistas sociais aqui no nosso departamento, pelo menos eu não vejo (...) Uma disciplina de Ciências Sociais em Saúde está aí até hoje; ela resistiu a todas as reformas do currículo médico – esse é um ponto indicador que este trabalho foi reconhecido. Com resistências ou não, foi reconhecido. No nível da pós-graduação, temos cientistas sociais tocando disciplinas importantes básicas do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva. Cada um tem a sua disciplina. Eu acho que a grande perda que tivemos foi no número dos cientistas sociais. Isso encolheu, está faltando cientista social hoje".

Contudo, a informante não deixa de frisar a crise da universidade pública como causa para dificuldade de reposição dos quadros em Ciências Sociais. Ana Maria Canesqui (1998) é de parecer que a expansão dos cientistas sociais em saúde é limitada devido à política restritiva de contratação das universidades e da ausência de uma política governamental de incentivo e preservação da ciência e tecnologia brasileira. Desse modo, as Ciências Sociais em Saúde parecem-lhe constrangidas entre raias ambíguas: de um lado provam sua validade, contribuição e solidez e de outro perdem espaços de atuação. Sobre este assunto gostaria de reproduzir a fala da intelectual:

"A falta de cientista social, isso é um mal indicador? Não, com relação ao desempenho dos cientistas sociais, que é muito mais amplo. A questão é que na universidade hoje temos uma política de grande retração do corpo docente. Assim, se de um lado a área teve sucesso, de outro lado, na competição por vagas as Ciências Sociais perdem para a Medicina. (...) Em momentos de escassez, onde às vezes se disputam duas vagas para toda a FCM, é claro que departamentos mais fortalecidos que o próprio DMPS acabam ganhando. Então, essa é uma

---

produziu sobre o tema do consumo nas classes trabalhadoras. A questão da fecundidade e políticas sociais no Brasil, problemática que ela introduziu no seu horizonte de preocupações desde seu estágio no Departamento de Antropologia Social da University College London, realizado após a obtenção do seu doutorado entre os anos de 1977-1979, também concentrou grande parte de sua atenção intelectual.

questão que ultrapassa o prestígio dos cientistas sociais. Entre um cirurgião e um cientista social, numa escola médica, quem vai ser contratado num momento de escassez? Evidentemente que aí pesa para o lado do cirurgião, ele faz parte da identidade da medicina. Nós, cientistas sociais, somos apêndices, estamos com a medicina. Embora reconhecidos, essa não é a nossa casa".

Ana Maria Canesqui menciona situações que levam às disputas entre o DMPS e outros departamentos da FCM, mas não devemos menosprezar a questão do jogo das relações internas ao DMPS. É verdade que a incorporação das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva tem sido mencionada como repleta de sucessos. Mas, as falas de Ana Segal e Ana Maria Canesqui levantam suspeitas sobre o modo tranqüilo como temos tratado a questão da existência localizada das Ciências Sociais em Saúde nos locais da saúde. Vem a tentação de investigar uma provável falta de base institucional para abrigar e expandir o trabalho intelectual do cientista social no campo da saúde.

Emerge uma questão melindrosa quando em disputas internas do DMPS negam-se as tradições intelectuais das Ciências Sociais, avaliando-se que estas podem ser praticadas em mesmo nível de excelência por aqueles que não se declaram cientistas sociais. É verdade que houve uma intensa disseminação e apropriação dos discursos das Ciências Sociais no campo da saúde. No parecer de Ana Maria Canesqui, esta é uma das conseqüências da presença do cientista social nos espaços institucionais da saúde:

"Os médicos sanitaristas assimilaram muito os instrumentais das Ciências Sociais. Isso é um fato! É um subproduto da presença dos cientistas sociais nesse campo. Como é possível intervir nas políticas se você não entende de política? Quem tem esse instrumental? Ciência Política, Ciências Humanas, Ciências Sociais. Então os médicos assimilaram isso e concorrem conosco. Muitos médicos são extremamente bem formados, às vezes melhor formados que muitos cientistas sociais".

Na prática a situação tem seu agravamento no deslocamento do espaço social de ensino dos saberes das Ciências Sociais que, por vários motivos, alternam-se das Faculdades ou Institutos de Filosofia e Ciências Humanas para os programas de pós-graduação em Saúde

Coletiva, neles se reconhecendo capacidade de gerar rendimentos pedagógicos na área superiores aos cursos de Ciências Sociais, propriamente ditos, graças à aquisição de uma característica especial: a aptidão para converter problemas muito abstratos ou excessivamente teóricos em operações científicas enfaticamente práticas.

Emerson Elias Merhy[124] apresentou o seguinte ponto de vista ao responder-me como percebe a relação entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva:

"Há um bom casamento entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva porque eu vejo o seguinte: as Ciências Sociais em Saúde poderiam ser como sempre foram, um tema exclusivo das Ciências Sociais. Não é de hoje a existência de antropólogos que atravessam o campo; não é de hoje a existência de sociólogos que tomam esse objeto, isso não é novidade! Mas, a institucionalização do movimento Saúde Coletiva no Brasil fez um deslocamento, como que diminuiu a capacidade, a importância e a significância das Ciências Sociais produzirem por si saberes nesse campo e roubou um pouco isso daquele território, trazendo para dentro do território da saúde ampliada esse grande eixo – as Ciências Sociais em Saúde. Por isso eu digo ser impossível tentar compreender isso sem entender esse grande movimento que a Saúde Coletiva faz. Então, na realidade, você vê hoje cientistas sociais forjados no campo da Saúde Coletiva. Mas, com esse conservadorismo que estou identificando estar presente, eu vejo que daqui a pouco teremos uma volta, uma tal retomada do recorte profissional que o tema das Ciências Sociais em Saúde será coisa de cientista social e pronto e vai ser fabricado nas escolas de Ciências Sociais" (grifo meu).

O ponto de vista levanta a discussão sobre a questão da profissionalização em Ciências Sociais em Saúde. Apresento algumas informações para situar a problemática que merece atenção.

Um grupo restrito de cientistas sociais reunidos, juntamente com a Comissão de Ciências Sociais e Saúde da Abrasco, inicialmente na Oficina de Trabalho de Ciências Sociais em

[124] Merhy é médico e docente do DMPS. Tem se dedicado a examinar a questão dos micro-processos do trabalho em saúde e o institucionalismo. A formação em Ciências Sociais de Meihy é motivo de orgulho pessoal para esse intelectual. Sua formação em Ciências Sociais foi obtida no ambiente intelectual "uspiano", a partir de seus méritos intelectuais estimulados por professores como: Cecília Donnangelo (a quem ele se refere como "mestra" que teria com ele concluído a orientação do seu mestrado não fosse sua morte trágica), Luís Pereira, Wefort, Ruth Cardoso, Vilmar Faria, entre outros que ele reputa como grandes cientistas sociais.

Saúde, realizada no Rio de Janeiro de 30 de março a 1 de abril 1995, e posteriormente em Campinas, nos dias 28 e 29 de março de 1996 e numa Oficina de Trabalho em Águas de Lindóia, nos dias 23 e 24 de agosto de 1997, durante o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, formulou várias contribuições e reflexões que foram apresentadas inicialmente como primeira versão do Plano Diretor de Ciências Sociais e Saúde e, posteriormente, deram origem a uma segunda versão deste plano. Dentre as recomendações do I Plano Diretor em Ciências Sociais em Saúde, elaborado por alguns cientistas sociais devotados ao estudo das questões referentes à saúde e sociedade no Brasil[125] encontra-se a identificação do seguinte problema: "*Necessidade de garantir a formação de pesquisadores e docentes para a área de Ciências Sociais em Saúde, visando aperfeiçoar e ampliar os quadros docentes nessa área*", mediante isso se recomenda: "*incentivar a criação de áreas de concentração em Ciências Sociais em Saúde junto aos Cursos*

[125] Participaram da Oficina de Trabalho de Ciências Sociais em Saúde. Rio de Janeiro.30 de março a 1 de abril 1995: Amélia Cohn (Cedec / Usp); Ana Maria Canesqui (Unicamp); Célia Leitão Ramos (Ensp); Everardo D. Nunes (Unicamp); Fabíola Zioni (FSP-Usp); George Kornis(IMS); Gilberto Horschman(Casa de Oswaldo Cruz);Luiz Antonio de Castro Santos (IMS); Luiz Fernando Duarte (Museu Nacional); Madel Luz (IMS);Marcos de Souza Queiroz (Unicamp); (Ensp);Maria Elizabete D. Barros (Ipea);Maria Helena Machado (Ensp); Maria Cecília de Souza Minayo (Abrasco/Ensp); Mercês Somarriba (UFMG); Miriam Cristina Rabelo (FFCH/UFBA); Nelson Felice de Barros (Unicamp); Nilson do Rosário Costa (ENSP); Nízia Trindade de Lima (Casa de Oswaldo Cruz); Ondina Fachel Leal (UFRGS) ;Otávio Cruz Neto (Ensp); Paulo César Alves (FFCH/UFBA); Paulete Goldemberg (EPM); Regina Celi Bodstein (Ensp); Regina Maria Giffoni Marsiglia (S.Casa); Rubens Adorno (FSP/Usp);Silvia Gerschman (Ensp) Solange L'Abbate (Unicamp); Péricles da Silveira(Abrasco). Participaram da Oficina de Trabalho. Plano Diretor das Ciências Sociais em Saúde.Campinas.Março 1996: Ana Maria Canesqui (Unicamp); Everardo D. Nunes (Unicamp); Nízia Trindade de Lima (Casa de Oswaldo Cruz); Paulete Goldenberg (EPM); Madel Luz (IMS); Regina Maria Giffoni Marsiglia (S.Casa); Karen Giffin (Ensp);Regina Celi Bodstein (Ensp); Mercês Somarriba (UFMG); Eduardo N. Stotz (Ensp); Fabíola Zioni (FSP-USP); Paulo César Alves (UFBA). E participaram da Oficina de Trabalho Plano Diretor da Área de Ciências Sociais em Saúde. Águas de Lindóia 22 e 23 de agosto 1997: Ana Maria Canesqui (Unicamp); Carlos Fidelis Pontes (Casa de Oswaldo Cruz);Regina Celi Bodstein (Ensp); Nilson de Morais (Unirio); Paulo César Alves (UFBA);Carlos E.A Coimbra (Ensp); Massako Iyda (Unesp); Mara Inês da Silva Barbosa (UFMT);Edir Pina Barros (UFMT); Silvia Gershman (Ensp); Maria Helena Olivo (FFCL-USP); Solange L'Abbate (Unicamp); Regina Maria Giffoni Marsiglia (S.Casa); Carlos Machado de Freitas(Ensp)

de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva, objetivando ampliar a competência desses cursos para formar docentes e pesquisadores para a área".

Até a década de 60, a formação de recursos humanos para o campo social da saúde era feita a partir das Escolas de Saúde Pública do Rio de Janeiro e de São Paulo, as quais buscavam dar atendimento ao chamado modelo clássico de Saúde Pública, caracterizado pela preocupação com a contenção de doenças epidêmicas e endemias rurais que obstaculizavam a economia agrária exportadora (Paim, 1985:88). Com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e tipos afins a formação clássica de recursos humanos foi questionada, valorizando-se o treinamento de profissionais com incorporação das idéias preventivistas. A ruptura com o sanitarismo foi oficializada, em 1968, com a Reforma Universitária que incluiu a Medicina Preventiva no Currículo do curso de Medicina. Dali pra cá a formação de recursos humanos para a área passou a contar com maior interesse na reconceitualização do social. Processo que resultou na redefinição dos marcos conceituais que orientaram os cursos de Saúde Pública, as residências de Medicina Preventiva e Social e os mestrados e doutorados em Saúde Coletiva (Paim, 1985:88).

No que diz respeito aos mestrados e doutorados em Saúde Coletiva, sua institucionalização, datada da década de 60, resultou da necessidade de formação de docentes e pesquisadores. A Reforma Universitária ratificou a instalação da pós-graduação, estabelecendo políticas de expansão de cursos que possibilitaram, na década de 70, a emergência dos primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu* na área de Saúde Coletiva (Goldenberg & Schenkman, 1997:91). A expressão "Saúde Coletiva", conforme anteriormente dito, foi cunhada durante a *I Reunião Sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na área da Saúde Coletiva,* em 1979.

Num trabalho realizado por Nunes e Costa (1997), entre os anos de 1995-1996, estudando-se um total de 17 cursos de mestrado e 9 de doutorado em Saúde Coletiva, constatou-se a existência de equilíbrio quanto aos conhecimentos provenientes das áreas das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas[126] incorporados nos conteúdos desses referidos cursos. Os

[126] Os resultados da pesquisa apontaram com referência às disciplinas ministradas no mestrado as seguintes grandes áreas: Ciências da Saúde com 48% dos conteúdos; Ciências Humanas com 44,1% dos conteúdos; Ciências Biológicas com 5,1% dos conteúdos, Engenharia com 1,2% dos conteúdos, Ciências Exatas e da Terra com 0,4% e Ciências Sociais Aplicadas com 1,2%. Importante dizer que a grande área de Ciências Humanas compõe-se de 5 áreas: Filosofia com 42,8%dos conteúdos; Sociologia com 20,5% dos conteúdos; Ciência Política com 18,7% dos

achados da pesquisa referendaram as determinações originais da Abrasco que definiu, em 1982, o caráter da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva:

"Em termos do conteúdo programático, a Associação reconhece que se deva estabelecer um adequado equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teórico-conceituais, entre o biológico e o social; entre o operacional e o crítico, como forma de evitar o tecnicismo e o biologismo presentes na tradição de ensino da área da Saúde Coletiva".

Os objetivos da pós-graduação foram também pontuados pela Abrasco com as seguintes palavras: *"o objetivo da Saúde Coletiva, constituído nos limites do biológico e do social compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas dos mesmos"* (Nunes, 1996:21; 26).

Com tais objetivos e feições a Saúde Coletiva consolidou-se tenazmente no Brasil. Viacava e Leitão (1996:118) analisaram a produção científica da Saúde Coletiva, no período 1990-1995, via dados armazenados no sistema CAPES, e concluíram que a vitalidade e produtividade na área de Saúde Coletiva vêm crescendo ao longo dos anos 90. Fator de contribuição para a expansão é o próprio crescimento as Ciências Sociais em Saúde. Segundo Madel Luz (1996:95), em estudo sobre a produção científica na Saúde Coletiva (1994-1995), houve um significativo crescimento da produção das Ciências Humanas, superando em termos de publicação de artigos e capítulos em livros a tradicional área da Epidemiologia.

A pós-graduação em Saúde Coletiva possui caráter multiprofissional, congregando um maior contingente de médicos, seguidos dos enfermeiros e outras ocupações da área Biomédica uma vez tratar-se de pós-graduação da área das Ciências da Saúde; mas há também membros de outras categorias profissionais que buscam a formação em Saúde Coletiva nos níveis de mestrado ou doutorado, entre eles: psicólogos, veterinários, odontólogos, arquitetos, assistentes sociais, economistas, historiadores, cientistas sociais etc. Aderindo à área de concentração Ciências Humanas e Saúde (ou Ciências Sociais em Saúde, conforme o programa especifique) como uma das três que compõe os programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, os cientistas sociais

---

conteúdos; História com 9,8% e Educação com 8,0% (Nunes e Costa, 1997:75-76). Quanto ao doutorado, não há expressiva alteração: Ciências da Saúde ficam com 45,6% dos conteúdos; Ciências Humanas com 44%, Ciências Biológicas com 6,5%; Engenharia com 2,2% e Ciências Sociais Aplicadas com 0,7%.

encontram nova alternativa de especialização na docência em Ciências Sociais em Saúde, pesquisa ou atuação junto aos serviços de saúde.

A pós-graduação em Saúde Coletiva, nível mestrado e doutorado, foi iniciada no DMPs-Unicamp em 1991. Desde 1980, o DMPS oferecia algumas disciplinas optativas e colaborava com as disciplinas obrigatórias no curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), criado em 1979. Em 1985, foi estabelecida a área de concentração em Saúde Coletiva no referido curso de pós-graduação da FCM. No transcorrer do tempo, foram se dando discussões no sentido de obter maior autonomia para a área de concentração em Saúde Coletiva e com isso foi crescendo o interesse em romper com a restrição de acesso originalmente imposta a outros profissionais que não médicos.

Em 1991, um novo curso de pós-graduação em Saúde Coletiva passou a receber matrículas e assim abriu-se um campo mais ampliado de atividades de pesquisa e docência na medida em que possibilitava a incorporação de um maior número de projetos de áreas de interesse na Saúde Coletiva. Naquela ocasião, frisavam-se como perspectivas do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva do DMPS a concretização, via prática pedagógica e investigativa, dos pressupostos de uma visão integral da saúde e o desvendamento das articulações dos processos saúde-doença e práticas de saúde com o campo maior das práticas sociais historicamente condicionados. A expressão institucional de tais objetivos foi expressa com seguintes termos no Regimento Interno do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: *"O objetivo do Mestrado é formar docentes, pesquisadores e capacitar técnicos para o campo da Saúde Coletiva" (Artigo 3º, Par. 1º); "O Objetivo do Doutorado é capacitar pesquisadores e docentes habilitados a criar, dirigir, orientar, de forma autônoma, linhas de investigação e docência em Saúde Coletiva*" (Artigo 3º, Par. 2º).

O DMPS mantém anualmente, com pequenas variações no número de vagas abertas, opções em nível de pós-graduação em Saúde Coletiva. Em 2002, foram oferecidas as seguintes vagas: Área de Ciências Sociais (Mestrado: 3 vagas; Doutorado: 3 vagas); Epidemiologia (Mestrado:6 vagas; Doutorado: 7); Saúde Comunitária (Mestrado: 2 vagas; Doutorado: 2 vagas); Planejamento e Administração (Mestrado: 0 vaga; Doutorado: 1 vaga).

Conforme Machado (1995:14-15), uma profissão se define pela posse de um corpo específico de conhecimentos e orientação para um ideal de serviços. Teríamos profissões, caso dos médicos, engenheiros, clérigos, professores universitários; e semiprofissões, farmacêuticos e

enfermeiros por exemplo, assim definidas em razão da falta de um corpo formal de conhecimentos e um mercado de trabalho inviolável. Segundo a autora, a sociologia, psicologia e ciências da computação são categorias em processo de profissionalização, diz ela: *"a diferença entre o verdadeiro profissional e o quase profissional é de que o primeiro negocia com uma clientela específica e o segundo não"* (op.cit: 15).

Seguindo o mesmo raciocínio, depreende-se que o processo de transmissão e reprodução de saberes em Ciências Sociais, localizado no interior das pós-graduações da Saúde Coletiva, atua transmitindo conhecimentos de forma a permitir o aprendizado do sentido do jogo e linguagem científicos das Ciências Sociais em Saúde por parte de profissionais oriundos de tradições diversas. Como conseqüência no campo social da saúde o cientista social deixa de ter o monopólio sobre um conjunto de saberes, de forma a minimizar-lhe a possibilidade de um exclusivo mercado de trabalho onde possa provar competência insubstituível no exercício de um *habitus* científico em Ciências Sociais em Saúde. Assim, posterga-se a um futuro incerto a conclusão do processo de profissionalização das Ciências Sociais em Saúde, ainda em curso, quando se possibilita a uma considerável multiplicidade de intelectuais desempenhar funções equivalentes às de um cientista social em saúde[127].

Entre 1930-1964, o desenvolvimento institucional e intelectual das Ciências Sociais no Brasil se viu beneficiado pelo processo de organização universitária e pela injeção de recursos governamentais para a montagem de centros de debate e investigação não sujeitos à chancela do ensino superior (Miceli,1989b:72)[128]. Se, a institucionalização das Ciências Sociais no país data dos anos 30 (Tavares de Almeida, 1989:188), é a partir de meados da década de 60 que o estrato dos intelectuais brasileiros, e entre eles cientistas sociais, foram alvos de intensas transformações que se refletiram no processo de institucionalização de suas atividades marcadas por maior especialização profissional. Naquele período, os intelectuais envolveram-se em movimentos que resultaram em reconhecimento social e novos mercados de trabalho graças ao processamento de

[127] Sem se declarar como cientistas sociais, contamos com formidáveis competências em Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva. Posso citar alguns nomes que me vêm mais rápido à memória, correndo o risco de omitir genialidades equivalentes ou superiores: Hésio Cordeiro, Lilia Blima Schraiber; Naomar Almeida Filho; Ricardo Bruno; Mario Testa; Gastão Wagner dos Santos; José Ricardo Ayres; Jurandir Machado.

[128] Vou me permitir lembrar que a criação FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), por exemplo, data de 1961. A Fundação da ABA (Associação Brasileira de Antropologia) é de 1955. O Museu do Índio foi criado em 1953. O Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais foi oficializado em 1955. O Instituto de Pesquisa Joaquim Nabuco de Ciências Sociais é de 1949.

uma mudança no perfil das Ciências Sociais que de "aristocrático" passou a outro qualificado pela emergência de novas clientelas atraídas pela profissionalização dos cientistas sociais (Vianna, Carvalho e Melo, 1994:351).

Se, por um lado a abertura de novos mercados de trabalho, revelados como oportunidades de profissionalização e especialização ao cientista social, reflete o amadurecimento institucional das disciplinas das Ciências Sociais; de outra parte essas novas situações profissionais estimularam uma ciência mais voltada para a intervenção na vida pública: "*Assim, profissionalização, especialização e aplicação da ciência à resolução dos problemas sociais que o país apresenta parecem ser as características disciplinares valorizadas - ou revalorizadas- na última década, em detrimento quer de uma concepção mais "culturalista", tributária em muitos sentidos da grande tradição historicista brasileira, quer de uma concepção mais "mertoniana", de auto-orientação da ciência e do estrato de intelectuais*" (Vianna, Carvalho e Melo, 1994:353).

Tendo um mercado emergente para suas atividades, os cientistas sociais foram estimulados a refletir sobre a original vocação interventiva da profissão e a participar de processos de criação de novos conhecimentos com vistas à transformação social.

As expectativas gerais a respeito da atuação dos cientistas sociais que enveredaram para o campo da saúde, não sendo de pequena monta, serviram para promover litígios sobre objetos, conflitos e disputas profissionais. Conflitos atribuídos à ausência de tradição na produção de conhecimentos em Ciências Sociais academicamente estabelecidos e orientados na direção mais explicitamente política e capaz de atender aos interesses do campo da saúde. Além, diga-se de passagem, da falta de definições sobre o que deveria constar como atribuições dos cientistas sociais para que não se sentissem obrigados a se ensaiar em sanitaristas a fim de dar contentamento às audiências da saúde. A consolidação de um *ethos* próprio ao cientista social no campo da saúde consta de um processo ainda em curso.

As rivalidades corporativas não são estranhas ao *campo de poder*[129] da Saúde Coletiva, tanto porque as profissões referem-se às construções sociais que envolvem a construção de um grupo e de representação dos grupos (Bourdieu, 2001:40). Grupos que lutam para impor as suas interpretações como verdades que devem ser aceitas e acatadas, que disputam prestígio,

[129] Entendo *campo de poder*, cf Bourdieu (2001:28), como: "*as relações de força entre posições sociais que garantem aos seus ocupantes um quantum suficiente de força social – ou de capital – de modo a que estes tenham possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais possuem uma dimensão capital as que têm por finalidade a definição da forma legítima do poder.*"

reconhecimento, fama e outros bens simbólicos. Os cientistas sociais, no campo da Saúde Coletiva, compõem um desses grupos e, por diversas razões, vivenciam constrangimentos, dentre os quais cabe citar, aqueles típicos da corporação que atuam obstaculizando o processo de profissionalização no campo. A questão da identidade seria um desses problemas, conforme Bomeny & Birman (1991:13): *"De que forma lidar com a profissionalização ou a formação intelectual de um grupo cuja identidade profissional é de natureza tão precária como a do cientista social?"*.

Desse modo, constata-se a inexistência de um monopólio de saber por parte de cientistas sociais em saúde. E sem sendo assim, as Ciências Sociais em Saúde se encontram em situação de menor poder nas disputas mais acirradas do campo da Saúde Coletiva. Fato que, no meu entender, explicaria o declínio no número de contratações de cientistas sociais no DMPS e suas lutas para garantir espaços de atuação. Ora, se a crise das universidades obriga a minimização de quadros é certo que os encurtamentos serão feitos onde se supõe menores as conseqüências do descarte e maiores as possibilidades de preenchimento das lacunas deixadas com recursos profissionais existentes.

Meu argumento não tem o propósito de impor um horizonte de possibilidades negativo para as Ciências Sociais, mas sou cautelosa quanto à questão do futuro das Ciências Sociais em Saúde enquanto não se promover uma discussão aprofundada sobre a questão da profissionalização no campo.

Everardo Duarte Nunes é mais otimista quanto a esse ponto, não fazendo, contudo, uma leitura dos prováveis avanços das Ciências Sociais desvinculados da superação da crise das universidades:

"Acredito que as Ciências Sociais em Saúde continuem seu desenvolvimento através da formação de pessoas e quadros profissionais para a área. O grande problema é como esse pessoal fará sua inserção no mercado de trabalhão. Isso envolve uma questão da própria universidade, da própria ampliação de quadros da universidade, incluir ou não esses profissionais".

Parte da luta dos cientistas sociais em saúde, de um modo geral, é pela defesa da qualificação profissional. Na versão mais elaborada do Plano Diretor, apresentada em novembro

de 1997, lê-se: "*Problema 8. Necessidade de garantir a ampliação do quadro de cientistas sociais (docentes e pesquisadores), junto às instituições de ensino e pesquisa na área da saúde.*

Recomendações

-Atuar junto às instituições de ensino e pesquisa para a contratação de novos quadros de cientistas sociais;

-Continuar demonstrando a importância e relevância da contribuição das ciências sociais na área da saúde;

-Estimular a divulgação das pesquisas e publicações referentes aos temas abordados pelas ciências sociais e saúde;

-Proceder a maior articulação das Ciências Sociais com outras disciplinas do campo da Saúde Coletiva;

-Alargar a abrangência das ciências sociais em saúde, consolidando suas contribuições noutros campos da área biomédica;

-Estimular a criação de áreas de ensino e pesquisa em ciências sociais em saúde nas instituições públicas e privadas que não as possuem."

O caráter dessas colocações aponta para algo que Emerson Merhy qualifica como "*conservadorismo*", por entendê-las atreladas a um falso problema e por referendar atitude contrária à interdisciplinaridade, consensualmente tido como ideal do campo da Saúde Coletiva. O intelectual é a favor da presença qualitativa das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva fato que, do seu ponto de vista, não demandaria a elevação quantitativa da presença dos cientistas sociais nas Escolas Médicas. Por seu turno, cientistas sociais mantêm outra posição, conforme registrado acima. Posição tornada mais nítida quando consideramos uma das várias conclusões da *Oficina de Ciências Sociais em Saúde*, realizada em 1995, registrada no Relatório Final (Abrasco,1995:05): *"A questão de quem responde conceitualmente pelo ensino e pesquisa das Ciências Sociais deve ser elaboração de especialistas de excelência"*. Contra formulações dessa ordem Emerson Merhy reage.

O DMPS é um espaço de relações objetivas cujos sujeitos concorrem a partir de posições relacionais. As disputas entre o corpo funcional realizam-se em diversas dimensões: no

plano das idéias, nas concepções defendidas, nas posições políticas, nas discordâncias teóricas, no domínio pessoal e no plano das defesas corporativas também. Questão que não emerge nitidamente no DCS-ENSP, conforme vimos no capítulo precedente.

Se por um lado cientistas sociais defendem suas tradições intelectuais salientando a necessidade de cientistas sociais em nível de excelência presentes nos locais da saúde, membros de outras categorias funcionais não necessariamente compartilham mesmo ponto de vista. Destaco essa posição presente no campo da Saúde Coletiva com a fala de Emerson Merhy:

"Ser sociólogo, ser médico, ser enfermeiro não desdobra em ser bom cientista social, bom médico, bom enfermeiro. Isso não passa de um corporativismo estreito e míope (...)".

Quanto à atuação dos cientistas sociais, Marilisa Berti Azevedo Barros[130] assim se refere:

"Os cientistas sociais estão entre as pessoas mais antigas no DMPS. São pessoas extremamente dedicadas, competentes e com reconhecimento nacional. Eu percebo que em vários outros Departamentos de Medicina Preventiva não existe essa história forte das Ciências Sociais como tem no nosso. O DMPS conta com cientistas sociais desde o seu início. As Ciências Sociais no curso médico sempre tiveram um espaço privilegiado. A nossa área era multiprofissional. Assim que pudemos abrimos uma pós-graduação multiprofissional. Então isso soava um pouco estranho na FCM. Mas, hoje? Você tem a Cirurgia – é multiprofissional. Na pós-graduação da Clínica em Saúde Pública da USP, o Departamento de Clínica começou antes com um curso de pós-graduação multiprofissional. Então, hoje na Escola Médica se quebrou essa coisa do corporativismo. Existe a percepção da importância de se estar trabalhando com outros profissionais, do tipo de contribuição de outros profissionais no desenvolvimento da Ciência Médica. Eu não sinto muito forte uma resistência, um rechaço com relação aos cientistas sociais".

[130] Médica com residência em Medicina Preventiva e docente da área de Epidemiologia do DMPS, desde 1977. Marilisa tem se dedicado a obter informações sobre saúde em inquéritos de morbidade ou com estudos de mortalidade. Seu doutorado foi sobre consumo de medicamentos e classe social, onde adotando a perspectiva do materialismo histórico procurou analisar a situação da saúde e estabelecer o nexo entre saúde e sociedade.

Constata-se, etnograficamente, a localização das Ciências Sociais no DMPS marcada por influxos de ordens diversas. Uma questão intrigante é pensar como dados dessa natureza repercutem no trabalho intelectual. Existem conflitos vivenciados pelo cientista social em saúde. Podemos observar lutas simbólicas não apenas entre cientistas sociais da saúde e outras categorias funcionais do campo da Saúde Coletiva, mas também lutas de concorrência que se dão no seio da própria comunidade de cientistas sociais. Na compreensão de Ana Maria Canesqui, haveria de parte dos cientistas sociais alocados em instituições científicas do campo das Ciências Sociais, propriamente ditas, um certo tipo de avaliação negativa a respeito dos cientistas sociais devotados ao campo aplicado, como o caso da saúde. Disse-me Ana Maria:

"Há ainda resistências com respeito aos cientistas sociais do campo da saúde. Eu acho que eles são vistos pelos cientistas sociais básicos, vamos dizer assim, como menores. Há um certo preconceito, porque justamente eles trabalham com uma temática mais específica. Atualmente as Ciências Humanas estão fazendo recortes mais específicos. Tem gente trabalhando gênero, sexualidade, saúde; há um processo de especialização. Mas as inserções localizadas que têm os cientistas sociais nas escolas médicas, nas instituições de saúde também criam uma certa visão inadequada de parte dos cientistas sociais mais puros. Eu particularmente acho isso uma bobagem, o que importa é a discussão que se faz no campo. Essa coisa do status com relação aos outros cientistas sociais puros, para mim, é secundária, mas é uma coisa que está aí! "

Certamente está e não é questão para negligências. É preciso lembrar que como campo de produção de conhecimentos, a Saúde Coletiva aguarda dos cientistas sociais contribuições solidamente relevantes e científicas ao pensamento e ação em saúde. Mas cabe perguntar: científicas em que sentido? Quais normas devem governar o trabalho científico nesse campo? A quais interesses e valores a ciência deve se articular? Como se deve pensar o uso social do conhecimento científico produzido? Quais os compromissos e os limites da ciência na formulação de um pensamento social em saúde? As indagações poderiam se multiplicar indefinidamente, mas elas têm um ponto de convergência fundamental que pode ser resumido numa única e profunda inquietação: que espécie de ciência nós desejamos que seja feita no

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

campo social da saúde e qual a melhor maneira de agregação dos cientistas sociais neste processo?

Noto contradição nas posturas defendidas pelos cientistas sociais em saúde. Se eles favorecem a formação de quadros em Ciências Sociais em Saúde a partir das áreas de concentração em Ciências Sociais em Saúde incorporadas nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva por que pedem por mais cientistas sociais em nível de excelência em Ciências Sociais nos locais médicos? Não estariam nesse caso desprestigiando seus próprios formandos que são oriundos das mais diferentes procedências intelectuais, porém atuantes no campo das Ciências Sociais em Saúde?

Ao fazer a defesa da formação em Ciências Sociais pareceria mais coerente se os cientistas sociais da saúde se empenhassem na luta junto às Faculdades de Filosofia e Ciências Humanas para que estas assumissem responsabilidades na formação de quadros para a saúde ou, de outro modo, se constatando a necessidade de assumir o papel de formadores de competências em Ciências Sociais para a saúde, função negligenciada pelos Institutos de Filosofia e Ciências Humanas, deixassem de fazer a defesa da presença de cientistas sociais, propriamente ditos, nas Escolas Médicas, passando a defesa de profissionais com conhecimentos em Ciências Sociais, independentemente de suas procedências intelectuais. Aliás, gostaria de lembrar que na averiguação dos problemas enfrentados pelas Ciências Sociais em Saúde apontados pelo Plano Diretor, o mesmo que citei ainda há pouco, lemos: "*Problema 2 Carência de docentes e pesquisadores com formação específica de Ciências Sociais em Saúde.*

Recomendações:

- Incentivar a oferta e organização de disciplinas e linhas de pesquisa que, nos cursos de doutorado em Ciências Sociais,, considerem a saúde como tema e objeto de estudos;

-Proporcionar maior integração entre as instituições de Saúde Coletiva e os Institutos de Filosofia e Ciências Humanas;

-Estimular que os docentes dedicados às ciências sociais em saúde busquem formação na área de ciências sociais.

-Estimular que os docentes com formação em ciências, dedicados às ciências sociais em saúde, busquem formação em saúde pública."

Sou levada crer que tem faltado às Ciências Sociais em Saúde certeza sobre a melhor opção para a educação profissional de seus quadros. Seriam as áreas de concentração em Ciências Sociais em Saúde dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva ou as Faculdades de Filosofia e Ciências Humanas os espaços ideais de formação para o profissional competente em Ciências Sociais em Saúde? A questão remete à necessidade de pensar as bases de profissionalização em Ciências Sociais em Saúde de maneira que seus adeptos possam desempenhar seus papéis de forma cada vez mais aprimorada sem que sejam considerados profissionais de atuação *"marginal"*, para usar o termo de Ana Segal ou *"menor"*, para remontar ao termo empregado por Canesqui.

Com respeito aos locais de formação de competências específicas para a saúde com domínio sobre as Ciências Sociais, a questão envolve um projeto sobre o perfil, missão e as aptidões que devem ser priorizadas na carreira de cientista social em saúde. Temos aí uma questão delicada que deverá ser enfrentada, mas está muito além do escopo desse trabalho responder questões dessa importância. Vale apenas registrar a omissão das Faculdades de Filosofia e Ciências Humanas em compartilhar preocupações e questões com os cientistas sociais em saúde.

Acredito, por outro lado, que não é conveniente defender o completo esboroamento das qualificações profissionais específicas como se fosse bom argumento em favor e defesa da interdisciplinaridade. Temos que considerar a parcela de contribuição que sanitaristas, epidemiólogos, planejadores, cientistas sociais etc podem, a partir de seus treinamentos intelectuais, efetivamente trazer a tona a fim de imprimir um avanço contínuo para o campo da saúde em caráter interdisciplinar. Sou de opinião que o comodismo ou exacerbada defesa diante de revezamentos profissionais (médicos ocupando o lugar de cientistas sociais e vice-versa) podem dar origem ao esvaziamento das potencialidades e especificidades particulares que cada domínio profissional encerra. Se o interesse comum é no progresso, a capacitação de cada área e de cada profissional deve ser incrementada, a perspectiva científica valorizada, as interferências práticas que o campo da saúde exige estimuladas e a interlocução interdisciplinar exercitada.

Temo o corporativismo que desenha sectarismos tanto quanto sua crítica impiedosa que também configura sectarismo ao não admitir que certas formações acadêmicas têm especificidades que merecem valorização.

Sendo assim, neste capítulo, pergunto voltando às vistas para um cientista social em saúde, atuante no DMPS: quem é o cientista social dentro de uma Escola Médica? Como esse contexto social marca sua identidade? De que maneiras conflitos sociais alcançam sua produção? Como interesses sociais afetam a eleição de seus objetos e suas conclusões? Até que ponto seu histórico pessoal é causa de suas idéias? De que modo sua pertinência a certa organização reputacional repercute em seus objetivos intelectuais? Com essas perguntas em mente, olho e dialogo mais detidamente com Everardo Duarte Nunes. Qual sua contribuição ao pensamento social em saúde no Brasil?

Everardo Duarte Nunes, atividade profissional: sociólogo da saúde

Acredito que seja consensual o reconhecimento da dedicação e os reiterados esforços para promover o desenvolvimento e defesa do campo das Ciências Sociais em Saúde praticados por um pesquisador *sênior* da área: Everardo Duarte Nunes. O respeito que esse sociólogo de formação conquistou se verifica pelas freqüentes referências que outros profissionais do campo fazem a seus escritos. O capital simbólico detido por Everardo, expresso em notoriedade e boa reputação fazem dele convidado indispensável em debates e encontros da área. A memória profissional desse cientista social confunde-se à memória contemporânea das Ciências Sociais em Saúde.

É também o orientador desta tese, mais uma prova que a admiração e o reconhecimento que ele inspira produz audiências no público alocado nos nichos médicos das Ciências Sociais ou junto aqueles que trilham os caminhos e se alegram com os avanços das Ciências Sociais em Saúde, como é meu caso.

Everardo Duarte Nunes é sociólogo de formação. Concluiu bacharelado e licenciatura em Ciências Sociais na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP, em 1960, onde também cursou especialização em Sociologia um ano depois. O mestrado em Sociologia da Medicina pelo

Bedford College da Universidade de Londres foi realizado entre os anos de 1973-1974. Seu doutorado em Ciências foi obtido, em 1976, mediante a defesa da tese: "*A medicina como profissão: contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de medicina*" junto à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

O começo da carreira de sociólogo de Everardo se deu alguns anos após a conclusão da sua especialização. Ele trabalhou inicialmente na área da Sociologia Rural junto ao Serviço Social Rural, posteriormente transformado em Superintendência de Política de Reforma Agrária (SUPRA), quando então fazia pesquisas de campo na zona rural produzindo trabalhos bem ao estilo dos estudos de comunidade. Foi no ano de 1967 que ele aderiu, completamente, ao domínio das questões referentes à saúde e sociedade, tornando-se um sociólogo de intensa comunicação com o campo da saúde. Sua contratação como cientista social, docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, naquele ano, deflagrou uma trajetória intelectual pontuada por dificuldades profissionais, que superadas, levaram-no ao aprimoramento da arte e vício de ser sociólogo da saúde com a incorporação dos correspondentes *habitus* intelectuais.

Quando Everardo ingressou no campo da saúde era bastante acanhado o desenvolvimento das Ciências Sociais em Saúde. Não dispúnhamos de espaços nem tampouco de programas formais, específicos e dirigidos para formação de competências aos interessados no trato das questões e temas do mundo da saúde sob a ótica das Ciências Sociais. A estruturação em termos de especialização ou pós-graduação para cientistas sociais que pretendiam trabalhar com saúde não existia. A bibliografia do campo produzida no Brasil era escassa[131]. Um sociólogo desbravando um campo denso e fechado, talvez fosse assim que Everardo se sentisse, em 1967, quando tentava reunir uma consistente bibliografia em português para o curso de Ciências Sociais em Medicina. Parte dessas dificuldades foi sanada quando do mestrado com a busca do aprimoramento na formação do docente e pesquisador. Outras foram sendo gradualmente trabalhadas pelos esforços e habilidades desse cientista social que enveredou por um campo de atuação ainda pouco desenvolvido. Everardo fala sobre aquele período e do quanto dependeu de sua capacidade de autodidatismo:

[131] Comente-se que a atual bibliografia em Ciências Sociais em Saúde não se tornou definitivamente volumosa. Em 1994, com a publicação de *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*, os organizadores do volume, Paulo César Alves e Maria Cecília de Souza Minayo, justificaram a publicação pela carência de uma literatura especializada disponível em português para os alunos interessados em Antropologia da Saúde ou Médica.

"(...) Meu interesse pela saúde começou no final dos anos 60 quando sou chamado a vir para o corpo de professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) que estava se estruturando. Então são chamados vários profissionais e entre eles um cientista social. Foi daí meu ingresso na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. (...) Não havia naquele momento uma formação para cientistas sociais que quisessem se dedicar à saúde, por isso digo que minha formação é autodidata. Só posteriormente eu vim a fazer um curso específico no final de 73/74 na London School of Economics cujo tema era especificamente "Sociologia Aplicada à Medicina".

O termo "*Sociologia Aplicada à Medicina*" e outros afins, foram e continuam sendo objeto para seus questionamentos. Recentemente, ele produziu um trabalho tendo como uma das razões pensar a questão (Nunes, 2003b). Examinando a sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França, ele observou que para muitos sociólogos, atualmente, a clássica distinção entre *sociologia na medicina* e *sociologia da medicina* perdeu o significado original, o qual revelou alguma utilidade, num certo momento. Buscando esteio em autores consagrados do campo, Everardo assegura que é tempo de parar com a preocupação de se o trabalho de um sociólogo da medicina é na sociologia da medicina ou da sociologia da medicina. Sua maneira de compreender seu papel de sociólogo que trabalha o objeto saúde, o leva considerar que a relação que mantém com a medicina pode fornecer uma oportunidade histórica exemplar para o desvencilhamento da distinção entre a *sociologia na medicina* e *sociologia da medicina* porque, afinal, a questão que importa é outra. Quando se trata da qualidade de vida dos pacientes a questão que importa é fazer a comunhão dos interesses da sociologia e medicina e assim se trata de pensar uma sociologia com a medicina e com os demais profissionais da saúde. A qualidade de vida do paciente é o fundamento principal para toda convergência de competências variadas. Assim ele defende.

Everardo reconhece que há necessidade de repensar o campo e incorporar críticas, muitas vezes contundentes, a fim de iluminar os caminhos futuros da sociologia médica. Renée Fox, uma das pioneiras da sociologia médica nos Estados Unidos, bastante lida por Everardo, escreveu algo que parece revelá-lo integralmente, talvez razão pela qual ele tenha transcrito as palavras dela num de seus trabalhos:

"Minhas críticas ao estado atual da sociologia médica e minha insatisfação com ela são, como espero ter exposto, uma forma de divino descontentamento sociológico. Sua profissão de fé na sociologia e na sociologia médica é tocante e reflete o que pensam muitos outros profissionais dessas áreas: Eu gosto de ser socióloga. Este é meu território. Eu não somente acredito por princípio, mas tenho encontrado, no plano real, que trabalhar como socióloga da medicina deu-me a oportunidade para estudar uma variedade de aspectos interessantes e versáteis da vida social e cultural, como básicos e transcendentes. Também foi uma forma significante de contribuir para o conhecimento e a compreensão sociológica, para vibrante ensino e para humanitariamente capacitar o cuidado e a política médica" (Fox 1985 apud Nunes, 2003b).

Everardo participa de uma geração de autodidatas em Ciências Sociais e Saúde. No campo das Ciências Sociais, propriamente ditas, a falta de experiência com pesquisas competentes para fazer sua elevação como ciência foi algo que se deu quando do processo de institucionalização, que teve lugar entre os anos 30 a 60, exigindo que seus praticantes se convertessem em brilhantes autodidatas (Tavares de Almeida, 1989:192). No caso das Ciências Sociais em Saúde, guardadas as devidas nuances, tal situação adentrou os anos 60, de sorte a mobilizar iniciativas pessoais dos pesquisadores em termos de melhorar a capacitação e formação profissional para o trato das questões contempladas pelas audiências da saúde.

A posição de cientista social docente de uma Escola Médica que caracterizou a inserção de Everardo no campo da saúde fez dele um profissional solicitado pelas expectativas rigorosas de um público de profissionais da saúde quanto à possibilidade de rendimentos práticos positivos das Ciências Sociais no âmbito da educação das profissões de saúde. A conjuntura histórica da inclusão das Ciências Sociais na Medicina cobrou desse cientista social o compromisso de favorecer a reformulação do campo do ensino médico, discussão em curso durante os anos 60, e que justificara a inclusão de disciplinas sobre o social no currículo médico. Este era o grande problema que motivara a introdução de novas forças e ânimos no campo da saúde e, abraçado por Everardo, continua sendo sua mais marcante preocupação: como articular e estruturar as Ciências Sociais para efeito da condução de uma oferta pedagógica geradora de uma

nova forma de pensar conceitos e práticas para o mundo da saúde. Uma boa parte de sua produção intelectual volta-se para esta questão.

A persistência nesta problemática pode ser atestada num de seus mais recentes trabalhos, (Nunes, 2003a), que o encontra dedicado ao exame da questão do ensino das Ciências Sociais nas Escolas Médicas de diferentes países. O foco do trabalho, escrito em parceria, foi sobre os últimos 20 anos desse ensino; evidenciando-se, também, alguns de seus aspectos em décadas anteriores aos anos 80 (1960-1979). A questão do ensino das ciências sociais foi apresentada como profundamente imbricada às circunstâncias históricas que levaram à sua inclusão no campo da educação médica e às ideologias que sustentam sua permanência. Nos Estados Unidos, em particular, foi observada a ainda marcante presença das chamadas "*ciências do comportamento*" e a crescente importância da sociologia e da antropologia e, em menor grau, da economia política nos cursos de graduação em medicina. As "*ciências da conduta*" conquistaram e mantém visibilidade nos Estados Unidos em razão, principalmente, de sua vinculação com a psiquiatria, havendo poucas escolas que estabeleceram departamentos separados para tratar desse ensino. O estudo, comprovou ampla diversidade de conteúdos e de carga horária dos cursos da área, nos países pesquisados.

O tema do ensino das Ciências Sociais, seus desdobramentos e implicações, a nível nacional e internacional, faz freqüência nas preocupações de Everardo. Isto tem correlação com a formação da identidade profissional deste *scholar,* construída no contexto das demandas da reformulação do ensino médico, como teremos a oportunidade de notar mais detidamente adiante.

Ao ingressar no DMPS, em 1967, encontrou em funcionamento o curso de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina. A implantação fora feita juntamente com a criação do DMPS, em 1965, dois anos após a instalação da Faculdade de Ciências Médicas. Na ocasião, havia no DMPS um cientista social: Reginaldo Zaccara de Campos. Depois chegou Everardo, Célia Leitão Ramos, Ruth Lavras Biajoti, Leia Bevilacqua e Ana Maria Canesqui. O DMPS constituia-se como espaço precursor a promover a aproximação das Ciências Sociais ao universo da saúde. Everardo é, portanto, um dos pioneiros nessa área.

Naquele momento, enfatizavam-se os benefícios da implantação de um novo modelo de educação médica, por isso cientistas sociais convocados para o trabalho nas Escolas Médicas. Mas, a compreensão das possibilidades de contribuição dos cientistas sociais, personagens novos

no campo do ensino médico, parecia ainda obtusa e obscurecida por certas tendenciosidades na identificação do escopo das Ciências Sociais, próprias daquele momento histórico.

Tratava-se de uma época na qual o clima intelectual no Brasil não permitia otimismos exacerbados. No período 1964-1969, os intelectuais encontraram-se ilhados, separados do poder e do povo, mas contavam com o direito à expressão dado que dentre as características do primeiro governo militar a repressão à liberdade de expressão estivera ausente (Sorj, 2001:26). Em fins de 1968, com o AI-5, inaugurou-se a era do "milagre econômico", um período marcado por nova configuração da expansão capitalista e suas conseqüências econômicas e sociais imediatas. Coincide com esse momento histórico o desenvolvimento das Ciências Sociais, que catalisado pelas novas injunções conjunturais presenciou a formação de importantes centros de pesquisa e foros de debate como formas de resistência ao autoritarismo, tais como o Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), em 1969; a Revista Civilização Brasileira (1965-1968); Teoria e Prática (1967). Também tivemos nesse momento a multiplicação dos programas de pós-graduação e o incremento na expansão da profissionalização e especialização das Ciências Sociais.

Entretanto, no campo social da saúde a tendência predominante era a inclusão das Ciências Sociais nas Escolas Médicas nos currículos médicos sob a rubrica "*Ciências da Conduta*", por razões já aludidas. A Unicamp não optou por essa terminologia. Aliás, este será um dos centros que dará visibilidade ao processo de desenvolvimento das Ciências Sociais em Saúde *pari passu* com a expansão do ensino e da pesquisa no campo social da saúde. Nessa instituição acadêmica serão desenhadas feições importantes para as Ciências Sociais em Saúde a partir do estabelecimento de um conjunto de condicionantes ao pensamento dos cientistas sociais em saúde, devido a sua participação no processo de formação das identidades emergentes nesses cenários.

A análise do processo de formação das identidades dos cientistas sociais confunde-se à história dos espaços institucionais que os abrigam. Quando tratei da questão do campo da Saúde Coletiva antecipei informações que deveriam sedimentar a conclusão da impossibilidade de compreensão das Ciências Sociais em Saúde e, por conseguinte das atividades dos seus praticantes, sem o recurso da apreciação dos propósitos que justificam sua inclusão no campo da Saúde Coletiva. O que não quer dizer que a Saúde Coletiva ou seus afins sejam determinantes

exclusivos da identidade dos cientistas sociais em saúde, porém não deixa de ser verdade que desempenham importante papel na construção de parte dessas identidades.

Se a Ciência é aquilo que seus praticantes executam, seus sentidos podem ser interrogados a partir do reconhecimento das identidades funcionais que se estabelecem nas organizações reputacionais as quais, por seu turno, criam interferências nas experiências dos autores[132] e, por extensão, no processo de construção do trabalho intelectual.

O desenvolvimento da carreira intelectual dentro de uma Escola Médica atuou energicamente na definição da identidade profissional de Everardo. Tal contexto social abriu e expôs ao público aquilo que configura sua grande vocação – a causa pedagógica. Everardo ensina como quem executa a arte de sua vida, fazendo do compartilhamento do saber sua nota típica. Gosto de chamá-lo de "*professor*" porque reconheço que dentre suas várias práticas profissionais a de educador parece integralizar perfeitamente todos os atributos que a profissão de sociólogo nele faz aflorar. E não apenas eu sublinho sua generosidade intelectual. Maria Cecília de Souza Minayo (1999a:11), ao prefaciar o livro de Everardo com título "*Sobre a Sociologia da Saúde: Origens e Desenvolvimento*" expressa mesma opinião: "*Prefaciar este livro de Everardo é sucumbir ao mais íntimo desejo de homenagear este companheiro de profissão e de caminhada, ao mesmo tempo em que parabenizar-nos por ter o privilégio de com ele acertar os nossos passos (...) Prefiro falar em compartilhamento – embora pudesse confessar que sou sua discípula – porque com ele não há limites entre a troca e o dom intelectual, uma vez que, na sua filosofia de vida, esses atos ultrapassam o status de rito, para se tornarem convívio e reciprocidade*".

É na função de educador que Everardo atualiza o sentido e os nexos do projeto científico das Ciências Sociais no campo da saúde. Na verdade, esse intelectual retoma uma das mais importantes dimensões das Ciências Sociais ao restaurar a dignidade da atividade pedagógica que se vira confiscada pelo processo de intensa valorização da experiência de pesquisa como a atividade nobre, por excelência, das Ciências Sociais. Entretanto, a defesa ininterrupta da causa pedagógica é feita no cotidiano de suas práticas sem reduzir a tarefa das Ciências Sociais em Saúde às dimensões restritas das operações de ensino. É assim que

---

[132] Falando sobre aspectos das organizações reputacionais, Whitley (1982:315) destacou: "*Tasks are selected, carried out and cordinated by scientists seeking reputations on the basis of their contributions to the intellectual goals of the field*".

possibilita a inclusão de alunos de graduação e pós-graduação em suas atividades de pesquisa e docência, pois para este profissional: *"o trabalho de pesquisa sempre foi a base da docência e uma forma privilegiada de interlocução e auto-aprendizagem"* (Nunes, 1999:23). As relações históricas e sociais nas quais desde sempre esteve inserido maximizaram-lhe a solidariedade para com os progressos do ensino das Ciências Sociais em Saúde os quais ele acolheu sob seus cuidados e vigilância. Everardo confia que os ideais práticos das Ciências Sociais em Saúde são mais bem propagados a partir do domicílio pedagógico.

A vinculação entre Ciências Sociais e Política acendeu as discussões sobre a relevância política do conhecimento formulado e do compromisso das Ciências Sociais para com a ação transformadora. Esse foi dos principais debates que animaram as Ciências Sociais da década de 50 e ganhou grande volume mediante a expressão de distintas formas de se entender a função das Ciências Sociais (Tavares de Almeida, 1989:201). Tal debate, típico das Ciências Sociais, impregnou o campo da saúde nos anos 60. Uma questão emergente consistia em reconhecer as funções das quais se devem incumbir um cientista social engajado numa Escola Médica.

Naquela oportunidade, vivia-se o apogeu da medicina comunitária. O DMPS, ao filiar-se a tal corrente de pensamento, objetivava a ruptura com os padrões clássicos do ensino médico junto aos leitos das enfermarias mediante a defesa da criação de novas oportunidades de aprendizado aos alunos junto às comunidades. Falando sobre aquele momento diz Everardo:

"Nos momentos iniciais, havia uma grande expectativa quanto ao papel que um cientista social poderia desenvolver junto a um Departamento de Medicina Preventiva e Social, considerando que isso fazia parte das idéias que estavam sendo veiculadas com relação ao campo da Medicina Preventiva e Social. Especialmente porque os cientistas sociais tinham anteriormente trabalhado com comunidades, com aspectos sociais em outros campos e poderiam trazer contribuições para o campo da saúde. Este é um aspecto importante porque o trabalho do cientista social não se limitava simplesmente a transmitir conceitos das Ciências Sociais. Ele fazia parte de uma equipe de trabalho com médicos, assistentes sociais, enfermeiros. Sob certos aspectos muitos trabalhos foram interdisciplinares neste momento. Os cientistas sociais trabalhavam com uma parte do diagnóstico social da comunidade (silêncio). Na verdade, talvez a atuação fosse mais multidisciplinar. O pessoal da saúde trabalhava com aspectos ligados às

suas áreas específicas de conhecimento. Mas uma tentativa de trabalhar a comunidade, levantando seus problemas, tentando levar o aluno a entender a realidade fora do ambiente hospitalar que era e continua sendo centralizador na formação médica, este me parece ter sido o momento que desencadeou a possibilidade de colaboração de um cientista social no campo da saúde".

Cientistas sociais com traquejo em estudos de comunidade, como era o caso de Everardo, foram convocados para compor o "*trabalhador médico coletivo*". Tratava-se de estimular a aglutinação interdisciplinar, a soma de competências, visando sensibilizar futuros profissionais da saúde para a situação médico-social do país e produzir conhecimentos relevantes acerca do ser doente no seu espaço social de origem. Considerado o sentido político impresso no campo social da saúde quando do momento da adesão de Everardo, a expectativa era que o cientista social pudesse trazer contribuições pela via dos conhecimentos sócio-antropológicos ao levantamento e análise dos problemas médicos sociais. Everardo descreve esse período histórico por ele vivido, deixando claro como tal momento de integração atuou no processo de construção de sua identidade profissional:

"Quando caracterizo esse período como de integração, o que estou fazendo, na prática, é dizer que o papel do cientista social não se limitava a estabelecer a metodologia para o diagnóstico da comunidade mas, dentro do processo de ensino, acompanhar o estudante de medicina, juntamente com o médico, e em alguns casos o assistente social, em visitas domiciliares. O material coletado nessa visitas e que incluía não só conhecimentos sobre questões médicas como sobre aspectos sociais, culturais e psicológicos da família, visava interligar várias disciplinas e levar a um diagnóstico bio-psicossocial . A intenção era estender o conhecimento da comunidade, como um todo, e às suas instituições. Além de ser um processo pedagógico visava a participação da comunidade na busca da solução para seus problemas" (Nunes, 1987:108), ou ainda conforme me disse pessoalmente,

"Acredito, que depois do movimento da reforma sanitária cada vez mais notamos uma importância maior conferida ao campo da Medicina Preventiva e Social ou da Saúde Coletiva, como se queira chamar. Naquele momento vivíamos uma situação contra-hegemônica porque a Escola Médica era realmente centralizadora com sua perspectiva hospitalocêntrica. Sair desse ambiente e propor um trabalho fora dos muros do hospital foi uma questão de luta, de

tentar impor uma certa perspectiva de possibilidades. As questões de saúde tornavam-se mais ampliadas para outras formas de atuação, ultrapassavam os limites do hospital. A própria mudança do perfil epidemiológico da população levou a se pensar que muitos dos problemas a serem trabalhados deveriam ter o viés das Ciências Sociais".

Sergio Miceli (1989:11), quando da elaboração da sociologia das Ciências Sociais, de seus praticantes e instituições no Brasil, observou que um dos desafios mais interessantes suscitados por esse tipo de pesquisa refere-se aos mitos de origem das instituições através dos quais seus integrantes: "*inventam as condições de sua gênese e o sentido intelectual e político de sua contribuição*". Contrariando a percepção de Miceli, não reconheço valor mítico e tampouco invenção na fala de Everardo. Tomar as vocalizações de Everardo é referir a história do DMPS, posto que suas memórias mesclam-se aos primórdios da instituição. Se como Miceli advoga, o valor de qualquer plataforma de idéias só pode ser devidamente aquilatado em função da realidade institucional que instaura, das práticas a que dá origem e dos profissionais que nela se engajam, então é para os homens e suas práticas dentro das instituições que se deve olhar. Quando essas práticas estão impregnadas na memória dos praticantes a eles deve-se dar voz. Tão interessante quanto saber o que se pensa do cientista social que trabalha na saúde é saber como eles se pensam. E se eles, do meu ponto de vista, não tecem mitos de origem, mas depoimentos e testemunhos de vida que esboçam seus inícios profissionais, estréias, fortunas e fracassos; informam concomitantemente sobre tempos que apenas suas vozes permitem recuperar e alcançar através do detalhe vivido.

O momento que recebeu Everardo, como cientista social, numa Escola Médica foi marcado pela busca de satisfação de expectativas teóricas, mas também práticas com tom preponderantemente político. Tínhamos um ambiente que exigindo congregação multiprofissional conformava um sistema de relações sociais onde agentes disputavam posições com o acionamento de suas competências particulares. Se em certos momentos todos se juntavam no "*trabalhador médico coletivo*" para lutar contra o pensamento monopolista do saber clínico, em outros a dispersão marcava presença para favorecer a reflexão sobre os escopos específicos das disciplinas que cada um defendia.

Aderido a esse local de congregação e dispersão Everardo constrói sua identidade profissional. O entendimento de seus atos e práticas, dos nexos de sua produção intelectual, não pode ser feito sem que enxerguemos Everardo, o homem e intelectual, movendo-se num terreno onde opera a luta em torno da constituição de uma linguagem autorizada para as Ciências Sociais em Saúde, das disputas em torno de poder e legitimidade que caracterizam o campo da Saúde Coletiva, esse campo de aplicação das Ciências Sociais em Saúde.

Como participante das relações travadas nesses domínios, esse sociólogo assumiu o papel de defesa ostensiva das Ciências Sociais em Saúde. Ao docente Everardo acrescentou-se um pesquisador que definiu o curso de suas obras escritas no sentido de apreender as disposições, especificidades, potencialidades e vigores das Ciências Sociais no enfrentamento das questões relativas à saúde e sociedade. Tratava-se de acionar empenho arquitetado no sentido de acreditar e fazer crer nas Ciências Sociais em Saúde dotadas de poder para participar das relações de força que imperavam no campo da saúde e, assim, comunicar valor às Ciências Sociais, propriamente ditas, em sua participação na construção do pensamento social em saúde no Brasil. Seu trabalho em favor da estruturação do campo das Ciências Sociais em Saúde é referência para aqueles que pretendam se valer dos recursos disponíveis nesse campo de conhecimentos para a formulação de um pensamento em saúde.

Everardo: o intelectual e seu papel

As características do recrutamento de Everardo para o campo da saúde e sua educação profissional em Ciências Sociais levaram-no a organizar sua problemática científica subordinada à regra da neutralidade axiológica.

Ele executa uma nítida separação entre os fatos que apresenta e os valores que subjetivamente mantém com respeito a eles. Age como sociólogo quando se rende aos imperativos do trabalho científico e faz, com isenção de valores, a perícia dos domínios científicos devotados ao problema da saúde da coletividade. Sempre me chamou atenção a imparcialidade com a qual Everardo elabora a memória das Ciências Sociais em Saúde, escreve essa história como se ele mesmo não fosse peça da engrenagem que examina. Como intelectual

optou pela profissão em ciência, pela carreira acadêmica, com o compromisso de lançar no mundo os produtos do seu exercício pedagógico entendidos como potencialmente válidos para o caso de futuras práticas políticas, técnicas e/ou sociais transformadoras por parte de seus alunos. O propósito que o levanta em ânimo parece ser o de alimentar o debate público com informações e análises sobre uma dada realidade de tal modo que possa contribuir para elevação da politização do debate, aumento da consciência daqueles que dele participam e da racionalização do transcurso desse debate.

Como sociólogo Everardo adentrou na Escola Médica e pelo grau de engajamento político e militância se faz observado, bastando-nos lembrar o que já foi enfaticamente dito anteriormente - o campo da Saúde Coletiva guarda com desvelo um sentido político - e parece exigir um intelectual a um mesmo tempo especializado e mobilizado para as questões teóricas e práticas.

O apego às tradições científicas decorrentes da formação acadêmica em Ciências Sociais com a correlata ênfase na observação íntegra e rigorosa das normas, valores e fatos sociais, por um lado, e as urgências do mundo da saúde por intervenções políticas e pragmáticas carregadas de valores, por outro, exige do cientista social a reunião de todo seu talento conciliatório. Tudo leva a crer que o sociólogo ingressa nos locais médicos sob a expectativa geral de que não se comporte exclusivamente como tal. Contudo, o conflito entre as expectativas lançadas sobre o sociólogo por parte daqueles a quem interessa prioritariamente o ponto de vista prático dos serviços de saúde e sua organização e as tradições das Ciências Sociais que inibem o desempenho da função política (especialização, objetividade, neutralidade, por exemplo) dissipam-se, para Everardo, quando ele dimensiona o compromisso político da ciência a qual se consagra:

"Eu penso que todos carregam um compromisso como intelectuais no sentido da transformação. Mas, depende de articular esse compromisso político. Seria trabalhar weberianamente a ciência como vocação e a ciência como política, visto a distinção que ele faz. Se você acredita que, de certa forma, aquilo que está sendo produzido poderá vir a ser convertido em formas de atuação, penso que aí você está engajado num compromisso político.

Esse é o compromisso político da própria ciência como um todo; ela não se desvincula desse compromisso. E, as Ciências Sociais, em qualquer momento, ou os temas que ela trabalha, podem ter maior ou menor vinculação com compromissos políticos."

O professor Everardo desempenha a atividade docente weberianamente. Para Weber o papel do professor universitário não se reduz à formação de caráter, de inculcação de crenças políticas, éticas, estéticas, culturais ou de outras crenças. Os mais valiosos resultados da educação universitária são obtidos mediante a formação especializada dada por pessoas especialmente qualificadas, daí a integridade intelectual ser a única virtude específica que as Universidades deveriam procurar inculcar (Weber, 1995:363). É assim para Weber, é assim que Everardo pratica. Sua isenção valorativa instiga o aluno a pensar de acordo com sua própria consciência enriquecida pelos conhecimentos e experiência científica que ele transmite de maneira desembaraçada de qualquer intenção ou posturas tendenciosa, sugestiva ou sectária. Eu mesma, sua ex-aluna, confirmo o empenho e o prazer que Everardo encontra em formar profissionais de espírito crítico e independente. Na qualidade de aluna do programa de Doutorado em Saúde Coletiva do DMP, presenciei diálogos de meus colegas de turma, ouvia os comentários feitos ao professor Everardo sempre bastante elogiosos.

As responsabilidades do professor universitário envolvido na educação de futuros médicos, enfermeiros ou outros profissionais da saúde são sempre grandes, mas avolumam-se ainda mais num país como o nosso. Em trinta e sete anos de dedicação à docência das Ciências Sociais para estudantes da saúde, Everardo transformou-se num incansável divulgador e defensor da cátedra acadêmica universitária das Ciências Sociais em Saúde nas Escolas Médicas, mantendo o ponto de vista que o professor titular da cátedra deva ser formalmente educado, qualificado e especializado em Ciências Sociais. Acredita que cientistas sociais (e estritamente estes), estando frente à disciplina de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde têm a oferecer importantes contribuições à formação dos profissionais da saúde, seja no âmbito da graduação ou pós-graduação. Sua história pessoal confirma sua convicção no valor de um cientista social presente e laborativo nos ambientes educacionais da área da saúde. Trata-se de um homem que acredita no progresso das Ciências Sociais em Saúde. A forma como as Ciências Sociais em

Saúde ampliaram seu alcance satisfaz Everardo, otimista inabalável com respeito à expansão do campo e crítico vigilante da produção da área:

"Sou bastante otimista a respeito da expansão das Ciências Sociais em Saúde porque os últimos anos têm mostrado uma produção bastante intensa e de qualidade, trabalhos com enfoques bastante elaborados teoricamente e metodologicamente. As publicações que nós vemos hoje têm criado essa visão mais otimista."

Sua luta é pela difusão e valorização das Ciências Sociais em Saúde como um todo em recusa à defesa corporativa e particularista de suas conformações disciplinares específicas adjetivadas pela saúde. Apesar de auto-intitular-se *"um cientista social em saúde que trabalha mais voltado para as abordagens sociológicas"*, Everardo objetiva a visibilidade e reconhecimento das Ciências Sociais em Saúde da maneira mais generalizante possível.

"*Provavelmente esse nome genérico (Ciências Sociais em Saúde) continua a ser usado com relação à idéia que se deva congregar para o campo abordagens procedentes não só do campo da sociologia, mas da antropologia, da ciência política, da história para assim possibilitar uma visão mais total da realidade. Ao dizer isto estou pensando, não em termos de pesquisas específicas porque nesse caso cada pesquisador irá definir suas pesquisas dentro do instrumental de sua área. Mas de uma certa forma a idéia seria uma tentativa de interdisciplinaridade porque os temas que a área da saúde vem trabalhando são temas de interface, eles se intercruzam, então há necessidade, muitas vezes, de abordá-lo de uma forma sócio-cultural, sócio-antropológica e não simplesmente sociológica ou antropológica separadamente. Talvez devêssemos pensar a questão das gerações de cientistas sociais que vieram para o campo da saúde. Num primeiro momento grande parte deles seria de generalistas, daí a não separação em áreas específicas do campo. É provável que as gerações mais novas, busquem a especificidade dentro do campo das Ciências Sociais, pois me parece que este é um discurso que está presente em todas as manifestações. Sendo a saúde polissêmica ela não pode*

ser abordada de uma forma única. Assim, o próprio problema poderá e deverá ser tratado na interface de conhecimentos."

Quando este intelectual recua ao passado histórico das Ciências Sociais em Saúde encontra não apenas um campo científico constituído do qual se incumbe de fazer a memória, mas uma tradição à qual pertence e o retém como principal estudioso do campo das Ciências Sociais em Saúde. Antes de passar para a análise de sua produção intelectual, vejamos como o próprio Everardo avalia a qualidade do seu trabalho:

"M*inha contribuição tem sido no sentido de desvendar um pouco o próprio campo. Eu tenho ido a busca de trabalhar com as Ciências Sociais em Saúde, pesquisando a produção científica, revendo autores, retomando certas questões. Eu acho que minha contribuição tem sido no sentido de pesquisar como se estrutura um pensamento social em saúde. Minha contribuição tem sido modestamente voltada para esse campo".*

A modéstia manifesta-se em Everardo quando é estimulado a pensar e situar sua obra em termos da contribuição ao campo das Ciências Sociais em Saúde ou seu impacto sobre no pensamento social em saúde no Brasil. Ao perguntar se ele percebe as Ciências Sociais em Saúde como tendo uma evolução marcada pela sua atuação e obra, ouvi a seguinte resposta:

"Não sei claramente avaliar isto. Realmente não tenho condições de fazê-lo. Talvez por não ter pensado nisto. Como eu fiquei muito ligado à docência na graduação, na pós-graduação, orientando teses ou dando contribuições mais difusas para certos trabalhos considero difícil avaliar qual é o impacto da minha contribuição. Minha principal contribuição foi ter tentado ressaltar as Ciências Sociais na saúde, a importância que tem esse campo para a saúde, das contribuições que traz para as várias temáticas abordadas. Penso que o impacto foi mais no sentido de fazer um estudo dessa produção, de ter estudado um pouco a história do campo e fazer a memória desse campo. Isso provavelmente leva que as pessoas queiram ouvir o

que se tem a dizer, não somente de um passado mais distante, mas de coisas mais atuais também. É daí que vejo minha contribuição. Além disso, ao lado da minha atuação no campo destacam-se também outras pessoas que vêm se dedicando com bastante empenho nessa área. Eu pertenço ao grupo que inicia estas atividades, mas os desdobramentos que a própria área teve no transcorrer de três décadas ou um pouco mais, foi de ter outros protagonistas que também apresentaram, dentro das suas pesquisas e escolas, contribuições"

Alguns aspectos da produção intelectual

O maior volume da produção intelectual de Everardo é dedicado a captar as significações das Ciências Sociais em Saúde, esse campo de estudo que ele optou por desvendar sem cair na louvação ou partir para a visão apologética Ele não fecha os olhos para a difícil e gradual construção do campo ainda em encaminhamento. Não descansa da tarefa de fecundar a Saúde Coletiva com as contribuições das Ciências Sociais. Não deixa de defender com garras postas o espaço das Ciências Sociais em Saúde e nisso ganha algumas antipatias de brinde, mesmo porque ninguém pode fazer plena unanimidade e manter sempre impreterivelmente harmônico o clima das relações profissionais no terreno acadêmico onde proliferam regras ingratas e as *"mesquinharias da rotina científica"* (Bourdieu, 1999:10).

Suas pesquisas e publicações revelam ao leitor a constante preocupação com a problemática das Ciências Sociais em Saúde (vide Apêndice *II: A1* a *A14*). A insistência temática de suas pesquisas o transforma no principal especialista na escrita da história das Ciências Sociais em Saúde no Brasil. São trabalhos concentrados, sobretudo, no processo de institucionalização das Ciências Sociais em Saúde; mapeamento da produção; a relação e convívio interdisciplinar no campo da Saúde Coletiva e sua participação na educação das profissões de saúde, entre outros assuntos. Outras pesquisas abordam a Saúde Coletiva, Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva e Social (em Apêndice II, sob notação *B.1 a B.6*), Pensamento Social em Saúde (vide em Apêndice *II: C1*); Sociologia Médica (Apêndice *II:.D.1 a D.5*); Ciências Sociais (Apêndice *II: E1*) e a questão Saúde e Doença (em Apêndice *II: F.1; F.2*).

Ao examinar as inclinações intelectuais a certos temas e objetos podemos assumir várias posturas. Porém, quando se trata de explicitar os objetos, conteúdos e criatividade de obras ressaltando-se o sistema de relações sociais que lhes fazem mediação, somos impreterivelmente movidos em direção à dimensão do criador das obras, ao lugar que ocupa numa estruturação de forças e, por fim, somos arrebatados pela angustia de responder como se dão efetivamente as interferências desses domínios de fatos em atos, práticas e produtos intelectuais. As pesquisas de Everardo que tratam de avaliar a gênese e o estado da arte das Ciências Sociais e Saúde no Brasil revelam constância e regularidade no conjunto de sua produção. Mas por que ele tratou reiteradamente desse tema e não de outro?

Quando consideramos a identidade desse intelectual fabricada num contexto marcado por exigências de reformulação do ensino médico, ou seja, numa agência específica de produção de conhecimentos e práticas médico-sociais (escola médica), afinada a um contexto mais amplo que engendra e impulsiona as lutas pelas transformações no mundo da saúde, acabamos por evidenciar as condições históricas e sociais que influenciaram na formação dessa identidade. Agindo exclusivamente deste modo, acabaríamos adotando a perspectiva genética para a explicação de obras, conforme explicitada por Goldschmidt (1970). Se nos limitássemos a essa postura a conclusão seria de que a constância temática das pesquisas de Everardo foi resultado de um conjunto de condições históricas e sociais que o impeliram em direção a adoção de uma tendência construtiva de investigação nos seus estudos de forma a privilegiar-se a visualização das Ciências Sociais em Saúde em todas suas magnitudes de formação, evolução e desenvolvimento. Este é um lado importante da questão, mas não é o único.

Um outro, é que sua identidade se define contrastivamente com relação a outras situadas no campo da saúde. Ela toma forma num movimento de fricção com outras identidades do campo. Everardo é um cientista social que trabalha na Saúde Coletiva e como tal detém uma posição num sistema de relações de poder estabelecido entre diversos sujeitos e agências que disputam no campo social da saúde. Isso faz impactos na pessoa Everardo, não se pode negar. E em suas obras também.

Sabemos o quanto é delicado fazer do sujeito ponto de partida para a compreensão da construção do pensamento. Mas, é importante considerar também o valor da análise de tipo dogmático, debatida por Goldschmidt (1970), porque chama atenção para as intenções dos

autores das obras. Se o pensamento tem suas origens cravadas no social, as propriedades que o caracterizam que não podem ser derivadas exclusivamente do sujeito. Pode-se questionar o valor de colocar o sujeito no centro da análise sobre o processo de construção do pensamento se é bem verdade que pode existir sujeitos pouco conscientes acerca da qualidade ou dos fins a que servem seus trabalhos intelectuais. Em todo caso, como etnógrafa, não deixo de colocar as falas dos sujeitos em plano privilegiado. A mim me parece claro que os contextos sociais ou as experiências externas instigam experiências internas que desempenham papel decisivo na construção da ciência quando conformam as intenções dos autores. Interessante é interrogar aos sistemas externos (econômicos, políticos, sociais, culturais, históricos) pelas razões dos sujeitos em suas obras. Trata-se de pensar, como propôs Mannheim (1976:45) *"(...) como pode uma situação externa, com grau verificável de probabilidade, requerer mecanicamente uma reação interna*".

Em 1971, Everardo e Reginaldo Zaccara de Campos realizaram uma pesquisa junto a 122 escolas profissionais da área da saúde[133] e constataram que 85 delas incluíam temas das Ciências Sociais em seus currículos. Contudo, os resultados apontaram para o baixo relevo desse ensino, de forma a motivar-lhes a seguinte conclusão:

"(...) evidencia-se a pequena representatividade dos cursos específicos de Ciências Sociais nos currículos das escolas investigadas. O fato do pessoal basicamente treinado na área das ciências sociais representar apenas a sexta parte do pessoal docente responsável, direta ou indiretamente, pelos cursos confirma o estado incipiente do ensino das ciências sociais nas escolas profissionais na área da saúde no Brasil. Uma análise mais detalhada dos conteúdos dos cursos específicos ou não de ciências sociais poderia demonstrar, de forma mais precisa, a falta de um consenso geral em relação às dimensões que podem ser atribuídas às ciências sociais nos currículos das escolas profissionais da área da saúde. Da mesma maneira, dados mais detalhados a respeito dos cientistas sociais envolvidos no ensino e pesquisa na área da saúde poderiam esclarecer a definição que esses profissionais dão a seu papel, inclusive de suas

[133] A pesquisa foi conduzida junto a 50 escolas de medicina, 29 de enfermagem, 37 de odontologia e 6 de saúde pública. Existiam na ocasião: 74 escolas de medicina, 36 de enfermagem, 46 de odontologia e 6 de saúde pública.

posições e relações no interior das escolas onde exercem suas funções" (Campos e Nunes, 1976:388).

O descontentamento com a posição ocupada pelas Ciências Sociais, e por extensão cientistas sociais, no campo social da saúde afetou internamente o sociólogo Everardo Duarte Nunes e ao mobilizar-lhe uma reação externa acarretou interferência na definição de suas pesquisas. Ele se impôs pensar o escopo e as contribuições das Ciências Sociais para bem situá-las frente às disputas com outros domínios disciplinares. Everardo se tornou o homem dedicado a discutir as Ciências Sociais e seu ensino no campo da saúde. Esteve, dentre um pequeno e seleto numero de participantes, presente em Cuenca (1972), na célebre "*Reunión sobre Enseñanza de lãs Ciências Sociales em lãs Facultades de Ciencias de la Salud*", marcando compromisso com a reflexão sobre as questões referentes ao ensino das Ciências Sociais no campo da saúde no que diz respeito aos modelos utilizados ou ao lugar que deveriam ocupar na grade curricular dos cursos da saúde.

Em 1983, numa segunda reunião em Cuenca, maior número de participantes estivera presente. Assim como na reunião de 1972, a coordenação esteve aos cuidados de Juan César García. O objetivo do encontro, promovido pela OPAS, foi fazer o balanço de uma década de realizações das Ciências Sociais no campo da saúde na América Latina. O trabalho que fundamentou as apresentações da reunião foi obra de Everardo, que retomando as pesquisas de García sobre a produção científica das ciências sociais no campo da saúde, do período de 1950 a 1979, elaborou detalhada análise desses títulos, um total de 1663. Nessa mesma ocasião, ele apresentou uma pesquisa sobre o ensino das ciências sociais na graduação e pós-graduação. Estes trabalhos, assim como os de outros 21 colaboradores vieram a constituir a coletânea *"Ciências Sociais e Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas"*, publicada em 1985, em português e, em 1986, na versão em espanhol.

A classificação e análise do material foram feitas tendo por base o materialismo histórico o qual, naquele momento, caracterizado por lutas e debates em torno da presença e validade das Ciências Sociais em Saúde, não representava apenas o marco teórico de sustentação às produções intelectuais, mas a forma de substanciar as posições políticas e ideológicas dos engajados na luta pela importante e necessária incorporação do social no campo da saúde. O

materialismo histórico-estrutural se colocava como o pensamento dominante entre os participantes da luta em favor do social e articulava as ações políticas exigidas. De modo que diz me diz Everardo: "*Em Cuenca, éramos todos marxistas*". Afinal o que estava em conta naquele momento era fazer a finalização do funcionalismo que impunha limitações na análise das questões do mundo da saúde, por intermédio da apresentação dos méritos e alcances do materialismo-histórico.

Em 1991, foi publicado o livro, organizado por Saul Franco, Everardo Duarte Nunes, Jaime Breilh e Asa Cristina Laurell, "*Debates em Medicina Social*" cujo capítulo inicial "*Trayectoria de la Medicina Social em América Latina: Elementos para su Configuración*", escrito por Everardo, ampliou a revisão bibliográfica dos anos 70, para o campo das Ciências Sociais em Saúde, acrescentando, para o período de 1980-85, um total de exatas 1.085 referências classificadas em Medicina Tradicional, Serviços de Saúde, Processo Saúde Doença e Formação de Recursos Humanos.

Recentemente, coube a Everardo a edição do volume da Revista Ciência e Saúde Coletiva (2003), comemorativo às duas décadas do seminário que a Organização Pan-Americana da Saúde realizou em Cuenca, Equador. O volume apresentou uma coletânea de textos que trata das Ciências Sociais em Saúde no continente americano, com ênfase especial na experiência de alguns países latino-americanos. No Editorial, Everardo se declara duplamente satisfeito: por comemorar Cuenca e por verificar que o crescimento da área foi progressivo, inscrevendo-se no campo internacional com notáveis contribuições teóricas e metodológicas. Foram suas palavras, merecedoras de reprodução, porque situam sua própria participação nesse movimento e de tantos outros em direção àquilo que hoje é considerado motivo para comemoração:

"*Sem pretender detalhar a comparação entre a situação que precede os anos 80 e a dos últimos vinte anos, cumpre lembrar que eram muitos os problemas a serem trabalhados. Esses problemas não se resumiam em desenvolver uma produção científica que demarcasse o papel das ciências sociais e as questões de saúde das mais diferentes naturezas, mas introduzir o próprio ensino das humanidades nas escolas médicas, num ambiente cujo eixo privilegiava as ciências biológicas. Mesmo nas escolas de saúde pública, as experiências eram pontuais. Com o passar dos anos, sentiu-se que as ciências sociais já não eram mais vistas como algo extemporâneo e deslocado. A necessidade de problematizar as questões de saúde, procurando*

descrevê-las, compreendê-las e interpretá-las nos quadros teóricos e conceituais das ciências sociais impulsionaram uma produção que se diversificou ampliando as possibilidades de sua aplicação na saúde. Os caminhos construídos nesse período são firmes, largos e bem sinalizados. Escrevo caminhos, porque as idéias centrais que orientaram os pioneiros, muitos ainda em franca atividade, e que buscavam ordenar a compreensão social da medicina, da doença, e da saúde foram se diversificando numa proporção crescente de temas, teorias, metodologias, e não em uma única direção." (Nunes, 2003c)

Everardo abraçou a questão das Ciências Sociais em Saúde, fazendo a vigilância constante das limitações impostas ao campo de saber que optou por defender e por isso se fez porta-voz das Ciências Sociais em Saúde na queixa sobre a baixa representatividade que desempenhavam nos currículos das escolas médicas do Brasil. Passou à defesa incansável da elevação da presença de cientistas sociais nas escolas médicas. Em síntese, passou a pensar as Ciências Sociais no campo da saúde e quais suas potencialidades de fato. Seus atos, práticas e produtos intelectuais tornaram-se mediados pelas relações sociais dadas no conjunto de posições ocupadas por diversos agentes e agências de produção de conhecimento médico-científico que disputam poder e diante das quais as Ciências Sociais, por intermédio de seus praticantes foi obrigada a se situar e firmar-se.

Os temas e os resultados de suas sondagens e análises cumprem dupla função. Possibilitam a compreensão das Ciências Sociais em Saúde em sua mais completa apresentação, objetivando seu endereçamento a um lugar de destaque no campo de poder da Saúde Coletiva no que diz respeito à sua expressão pública e validade. E, ao mesmo tempo, respondem ao desejo do sociólogo de buscar situar a si e seus pares, de dar uma explicação de si mesmos, cientistas sociais trabalhando no campo da saúde. Explicam ao público as razões de um cientista social em saúde, o fato de existirem, serem convocados e exigidos ao desempenho de papéis frente a uma audiência do campo da saúde que não raras vezes tende a ignorar a concreta dimensão e escopo de suas atividades ou manter compreensões equivocadas e deturpadas a respeito das possibilidades de seus desempenhos.

As pesquisas de Everardo perseveram no tema Ciências Sociais em Saúde tanto em razão das questões históricas e sociais, pelas motivações orquestradas pelas disputas em curso

campo de poder do qual participa, conforme já uma vez apontadas pela via da análise de tipo genético, e por questões subjetivas, referidas com esteio da analise de tipo dogmático. Ao explicar as Ciências Sociais em Saúde, as obras escritas desse intelectual permitem ao homem Everardo explicar-se a si mesmo e a outros cientistas sociais que fazem as trilhas de suas vidas profissionais no campo da saúde. Nota-se, portanto o papel e a relevância do sujeito e seu universo cognitivo no ato de produção do pensamento quando nele se reconhecem as repercussões e os impactos das relações sociais e contextos globais e particulares da vida social na sua reatividade mental definidora de obras e obrigações.

A interpretação metodológica das obras de Everardo Duarte Nunes permite reconhecer que sua história do campo das Ciências Sociais em Saúde integra a nítida concepção do que venha a ser a sociologia e sua contribuição em termos da escrita de sua história. Nessa compreensão que ele cuida de bem manter, encontra-se em evidência a crença de que a sociologia não pode ser tomada como mero reflexo da vida social e política de uma dada época ou coletividade.

Na sua confecção da sociologia das Ciências Sociais em Saúde este estudioso sublinha a relação mantida entre este citado campo científico e o pensamento social em saúde, este último entendido como tendo uma emergência estreitamente vinculada não somente ao conjunto das questões sócio-econômicas, políticas e ideológicas que tipificam um período histórico, mas também às tradições intelectuais e culturais que florescem em épocas e contextos particulares. Por essa razão Everardo entende que as Ciências Sociais em Saúde devem sua origem e desenvolvimento a um conjunto de condições intelectuais, sociais e institucionais particulares que ele cuida de elucidar, sem deslindar para a postura relativista que implicaria em criar a história das Ciências Sociais em Saúde a partir da história da sociedade na qual ela se desenvolve ou fazer sua vinculação a um pensamento considerado em si mesmo e desconectado dos fatos sociais em suas abrangências culturais, econômicas, políticas e ideológicas. Esse tom analítico está impresso em todos os trabalhos intelectuais que realizou acerca das Ciências Sociais em Saúde. O mesmo se diz de seus estudos sobre o campo da Medicina Social, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social Tal é a estrutura que a interpretação metodológica permite reconhecer sendo a tônica dos trabalhos intelectuais de Everardo.

A construção dos seus textos científicos que objetivam a história e a sociologia das Ciências Sociais em Saúde, Saúde Coletiva e Medicina Social não deixam de contemplar uma história e sociologia dos cientistas que compõem o campo, focalizando-se prioritariamente conteúdos científicos e os contextos sociais do campo. Esse modo entranhado de fabricar conhecimento se realiza quando Everardo produz obras enfatizando nomes e seus méritos e contribuições ao campo social da saúde. Ilumina homens de valor para fazer sociologia da ciência que praticaram e marcaram época.

A postura fica mais nítida em seu livro – *Sobre a Sociologia da Saúde* – uma coleção de artigos sobre temas e importâncias do campo social da saúde. O início do livro se faz com a análise de um texto de Guérin cujo conteúdo científico é iluminado pelo contexto social da sua época de elaboração, França em seu período revolucionário de 1848. Num outro artigo, toma-se um clássico da sociologia médica, Charles McIntire, num texto expressivo em conteúdo meticulosamente analisado, ao qual se acrescenta a análise sobre o estado e a ambientação da sociologia nos Estados Unidos na segunda metade do século XIX. Um artigo de Sigerist compõe outro momento da coletânea, onde se faz a exegese de seu conteúdo em referência ao contexto maior da produção intelectual do autor enfocado. Posso parar por aqui com os exemplos, mencionando apenas que o mesmo livro trata ainda de outros autores: Henderson, Stern, Talcot Parsons e Juan César Garcia para os quais se vale o autor dos mesmos procedimentos.

De modo equivalente, seu livro que reúne ensaios escritos por Juan César Garcia, o qual tem como título *Juan César Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina,* cuida de formular o perfil intelectual desse argentino médico, sociólogo, historiador e pensador social e dimensionar sua contribuição como pioneiro no campo das Ciências Sociais em Saúde na América Latina no contexto de suas inquietações pessoais, momento histórico e problemas emergentes. Assim, toma-se o cientista e atinge-se o campo das Ciências Sociais em Saúde em sua construção, dando visibilidade aos conteúdos da produção intelectual de Garcia. Como se nota, Everardo produz a sociologia dos saberes do campo social da saúde, sem obscurecer a história e sociologia dos intelectuais.

Para o caso das Ciências Sociais em Saúde no Brasil, parte-se de uma perspectiva sociológica das ciências, enfatizando-se seus conteúdos atrelados aos nomes daqueles que fizeram ou fazem contribuições ao campo. Enfim uma marca fundamental dos trabalhos de

Everardo é preocupação enfática com conteúdos científicos e contextos sociais sem o prejuízo ou perda da dimensão do sujeito. Essa é a maneira pela qual Everardo executa seu trabalho de saber. Mas cabe perguntar: o que orienta que esse *scholar* produza fatos ou asserções científicas desse modo particular?

A pergunta recobre um amplo espectro de precedências. Antes de tudo me veio pensar onde está a ciência quando o interesse é etnografá-la. Percebi que tomar os departamentos como locais da ciência não ajuda muito porque ela não está nos departamentos. Não se pode andar pelos corredores do DMPS, observar e dialogar com uns e outros e assim descobrir porque e como Everardo fez suas construções científicas de um certo modo específico. É possível entender a partir daquele contexto particular porque ele se propôs certas questões e objetos, mas não é possível captar dali sua opção por certo tipo de construção científica em detrimento de outras ou explicar as soluções que apresenta na obra ou os detalhes que lhes são mais internos.

O DMPS participa na estruturação da identidade intelectual desse docente e pesquisador desde que o obriga a ser um bom docente de Ciências Sociais, a responder problemas demandados pela práxis, a intercambiar conhecimentos em relações interdisciplinares, mas nada lhe diz sobre quais métodos deve empregar em seu trabalho, como deve erigir a estrutura dos seus produtos intelectuais ou como deve proceder às suas conclusões. Enfim, caberia perguntar: será que o recurso da etnografia, como um modo de pensamento e método, poderia permitir nos adiantar nessa discussão e fazer melhor do que explicar questões desse porte recorrendo à descrição do talento genial e criativo dos intelectuais?

Para poder derivar da posição do sujeito na ordenação do mundo uma explicação da qualidade dos seus poderes intelectuais parece importante atentar para a sua situação de vida dentro de um grupo social. No que diz respeito a essa função, a análise etnográfica é positiva porque ao focalizar grupos sociais, permite que o sistema de idéias firmados em obras, opiniões, assertivas e declarações dos sujeitos seja entendido a partir do destaque da posição do sujeito no grupo histórico-social do qual é membro. Para ensaiar uma resposta, ao menos provisória, de porque Everardo constrói seus produtos intelectuais de um modo e não de não de outro, teríamos que investigar se a sua pertinência ao grupo sócio-histórico dos cientistas sociais em saúde seria causa de seu pensamento. Dito de outro modo, qual a relação existente entre seus pontos de vista intelectuais e a posição social que ocupa?

Alguém talvez gostasse de nesse momento lembrar do conceito de classe para tentar explicar a construção dos produtos intelectuais. Mas sabemos com Mannheim no clássico "*Ideologia e Utopia*" - que os intelectuais não formam uma classe, mas um *estrato* que recruta participantes nas mais variadas classes e por situar-se acima delas não se encontra sujeito ou regulado por elas. Com isso não se quer dizer que os movimentos do pensamento não possam ser tomados como reflexo de interesses de grupos em especiais.

Na verdade, Mannheim (1976:180) salienta que embora sejam por demais diferenciados para que se considere os intelectuais como classe, existe entre eles um "*vínculo sociológico de unificação, ou seja, a educação, que os enlaça de modo surpreendente*". É o próprio Mannheim quem fala da "*determinação situacional do conhecimento*" [134] quando deseja frisar a inter-relação entre o ponto de vista intelectual e a posição social detida pelo conhecedor, uma reação à postura *relativista* que focaliza exclusivamente a inserção histórica e sociológica do pensamento intelectual, obscurecendo o fato que o pensamento não pode ser concebido fora da consideração dos valores, do ponto de vista subjetivo, da posição social do intelectual e da sua relação com o contexto social, ou seja, fora da postura *relacionista*[135]. Por isso, com o enfoque da ideologia em sua concepção total, envolvendo diversas nuances e não apenas aquela apontada pelo viés marxista, o autor destaca que tomar o conhecimento sob o prisma da ideologia não constitui necessariamente uma forma de experiência ilusória, pois a ideologia em seu conceito relacional não se encontra com a definição de ilusão, mascaramento ou falseamento.

Mannheim (1976:121) observa que normas, modos de pensamento e teorias antiquados e inaplicáveis tendem a degenerar em ideologias cuja função consiste em ocultar o real significado da conduta ao invés de revelá-lo - descreve esse processo, a passagem de uma concepção de ideologia não valorativa a uma valorativa[136]. Contudo, mantêm-se em relevo a confiança que os objetos, as orientações fundamentais, as avaliações, o conteúdo das idéias, bem como o tipo de abordagem utilizada é função da posição social do observador e de seu

---

[134] Conforme Mannheim (op.cit:104): *"com o termo 'determinação situacional do conhecimento' procuro diferenciar o conteúdo propagandístico do conteúdo sociológico científico no conteúdo ideológico"*. Com isso, apreende-se a operatividade do conceito em discernir o quanto o pensamento de cada grupo é resultado de suas condições de vida.

[135] Par o autor o *relacionismo* considera que os elementos de significado em uma situação mantêm referência um ao outro e derivam sua significação desta recíproca inter-relação em um dado quadro do pensamento (op.cit:112).

[136] Para as várias dimensões da ideologia e seu papel na análise do pensamento remeto a Mannheim (op.cit:101-134).

atrelamento ao ambiente intelectual: *"(...) os intelectuais, além de portarem indubitavelmente a marca de sua afinidade específica de classe, são também determinados, em seus pontos-de-vista, por este meio intelectual que contém todos os pontos de vista contraditórios"* (Mannheim, op.cit:182).

A análise de Michael Löwy acerca dos intelectuais, parte de uma leitura diferenciada de Mannheim. Löwy (1979:01), preferiu utilizar o termo *categoria social* para explicar os intelectuais: "*os intelectuais não são uma classe, mas uma categoria social; não se definem por seu lugar no processo de produção, mas por sua relação com as instancias extra-econômicas da estrutura social"*, ou seja, o autor destacou o fato dos intelectuais se definirem por seu papel ideológico. Assim considera-se que constituam grupos os quais comportam indivíduos que têm seus comportamentos balizados por sua origem de classe individual e pela categoria social da qual tomam parte. Esse autor critica Mannheim por atribuir-lhe a defesa da existência dos intelectuais como uma categoria desamarrada, solta e neutra, pairando acima das classes. É verdade que são de Mannheim (1976:180) os termos "*desamarrado, relativamente sem classe, socialmente desvinculada*", para explicar a *intelligentsia.* Também é verdade que para Mannheim (1976:181) há uma neutralização da posição de classe sendo promovida pela educação, comum aos intelectuais, de modo a criar-se um meio homogêneo que os congrega e aglutina. Contudo, sua análise excede essa limitação compreensiva quando objetiva não apagar por completo diferenças de *status* ou vínculos de classe que podem ser ativados nos jogos de força desse estrato. Onde Löwy enxerga posição de classe como decisiva para o desempenho intelectual, Mannheim percebe neutralização da posição de classe. Haveria neutralização e não extinção de diferenças nos grupos intelectuais, de acordo com Mannheim. Díspares, as duas análises se cruzam na percepção que a posição do pensador no grupo sócio-histórico é determinante do pensamento – ou nas palavras usadas por Mannheim (1976:181): *"(...) o homem instruído é determinado, quanto ao seu horizonte intelectual, de múltiplas maneiras*".

Se levarmos a análise andar esse caminho, a conclusão seria de que Everardo teria seu comportamento intelectual determinado por sua filiação à *organização reputacional* dos cientistas sociais, um universo onde há compartilhamento de visões de mundo em função de uma educação comum responsável por definir certas condições de produção, tipos de abordagem ou idéias que acabam por expressar-se em obras científicas. Considerando as Ciências Sociais como

uma linguagem científica, entendemos seus praticantes como membros de uma comunidade de fala que possui uma gramática estável e pouco suscetível a mudanças, comunidade que ao mesmo tempo funciona como uma organização reputacional na medida que distribui diferentes reputações para aqueles que, provando domínio nesta gramática, revelam-se aptos não apenas para lidar com objetos, conceitos operacionais, teorias e métodos, mas que lidando com esse arsenal de matérias primas bem realiza as tarefas consagradas pelas Ciências Sociais.

O modo de construção do pensamento de Everardo, a estrutura de suas obras e a próprias conclusões apresentadas através de fatos e análises seriam oriundas de sua pertinência a uma *organização reputacional*, à sua posição no grupo de cientistas sociais que determina mesmo sua autoconsciência, sentido de missão, compromissos particularmente introjetados e até suas convicções intelectuais mais solenes. E, na verdade, a observação etnográfica comprova a realidade desta determinação.

Já foi mencionado o quanto Everardo se lança com desmedido afinco na luta pela difusão das Ciências Sociais no campo da saúde. Mas também se junta a outros cientistas do campo da saúde, na Abrasco ou em outros fóruns, para tratar do reconhecimento do valor das análises empreendidas no campo que ele defende para o progresso das Ciências Sociais elas mesmas. Isso prova o rígido entranhamento que ele detém com o grupo social do qual é membro – o dos cientistas sociais. Para comprovar isto basta notar como Everardo respondeu-me a pergunta sobre o seu entendimento do campo das Ciências Sociais em Saúde em sua relação com a ciência mãe (as Ciências Sociais).

"*As Ciências Sociais têm uma contribuição importante a dar para a reflexão sobre as questões de saúde. As Ciências Sociais, não discriminando disciplinas, têm uma pluralidade teórica e metodológica que permite que os temas da saúde sejam tratados. Esta é a contribuição ou o papel que eu destaco para as Ciências Sociais em Saúde. Sempre se disse que o campo da sociologia médica, por extensão às ciências sociais aplicadas, era um campo a-teórico. Hoje os autores norte-americanos e europeus reconhecem que as Ciências Sociais em Saúde passam a trazer para o próprio campo teórico das Ciências Sociais contribuições importantes também*

pelas vertentes que são utilizadas nas investigações em saúde. As pesquisas hoje trazem um embasamento refinado".

A construção dos produtos científicos, do modo como é feita por Everardo, se rende às exigências intelectuais das Ciências Sociais em termos de rigor conceitual, embasamento bibliográfico, coerência interna, filiação metodológica etc. É na comunidade das Ciências Sociais que ele busca consensos acerca dos processos sociais e seus modos de inteligibilidade. Na sua comunidade de especialistas ele produz consenso sobre interesses.

Ele faz ciência do modo como se a pratica nas Ciências Sociais, de forma que estas parecem lhe conceder a consciência de sua própria posição social e da missão nela implícita. Assim, se para entender a conformação de obras é importante compreender o fenômeno sociológico dos intelectuais como algo que os orienta em atitudes, conforma *habitus*, molda personalidades sociais, estrutura pontos de vista, define afinidades, influencia decisões importantes etc, deve-se compreender que as escolhas e afinidades de Everardo são moldadas com base em sua pertinência ao grupo sócio-histórico de cientistas sociais. Ele retira das Ciências Sociais suas afinidades mais marcantes e toma com base nesses domínios suas decisões que, portanto, não são arbitrárias. Mas daí vem indagar: a arquitetura das obras, a densidade das idéias expostas e as afinidades intelectuais não ressaltariam também uma dimensão mais particularista capaz de evidenciar o produtor de obras como protagonista da produção, dado seu lugar no centro do processo de tomada de decisões? A experiência de sujeito social, marcada pela subjetividade do intelectual, tem algo a dizer sobre suas escolhas teóricas?[137]

Dentre as mais marcantes afinidades intelectuais, que identifico nos estudos feitos por esse sociólogo, destaco Pierre Bourdieu e Michel Foucault. Várias vezes o autor Everardo se cala para em seu nome deixar falar Bourdieu sobre a questão do campo científico ou Foucault, sobretudo pelas contribuições com respeito às formações discursivas que ele trata de assimilar e aplicar com fidelidade na sociologia da ciência que pratica. Como homem de apego às palavras e

[137] Ao formular esta questão, retomo o pensamento de Merlau –Ponty (1991:108) que alertou para o fato de que as pesquisas sociológicas não podem ser apartadas das experiências de sujeitos sociais. Experiências que são formadas não somente por aquilo que pensamos por nós mesmos, mas também, como já tive a oportunidade de aludir anteriormente, pelas percepções que formulamos a partir de outros, seja por seus em gestos, relatos ou escritos.

de fidelidade aos significados executados por enunciadores, o recurso da citação é parte do estilo desse profissional. Mas, se as Ciências Sociais são fonte inesgotável de tradições e teorias, deveríamos nos perguntar porque a maior parte das obras escritas de Everardo exibem-se reiteradamente afinadas a Foucault e Bourdieu e não a Deleuze ou Guattari, por exemplo? Ora, porque o seguimento a estas linhagens teóricas lhe permite acercar-se da realidade que se propõe desvendar. Contudo, por mais plausível que pareça, esta resposta pode resumir a questão. Não pode explicá-la totalmente.

A questão dos critérios utilizados pelos cientistas para proceder à eleição teórica foi levantada por Thomas Kuhn dado seu interesse em explicar o progresso científico. Apesar de não se obrigar a responder definitivamente a questão, que sob seu ponto de vista demanda ainda muita investigação empírica e reflexiva, Kuhn comprometeu-se a indicar a pista onde se devem procurar as respostas certas. O argumento é que a questão e explicação aparecem praticamente juntas e assim diz: "*Já deve ser claro que a explicação deve, na análise final, ser psicológica ou sociológica. Deve ser uma descrição de um sistema de valores, uma ideologia, juntamente com uma análise das instituições através das quais esse sistema é transmitido e reforçado. Sabendo o que os cientistas valorizam, podemos compreender que problemas eles acentuarão e que escolhas farão em circunstâncias particulares de conflito. Duvido que haja outro tipo de resposta a encontrar*" (Kuhn, 1977:350). Concordo plenamente, e compartilhando com Kuhn minhas convicções considero que o acesso a experiência dos sujeitos e reconhecimento da posição que ocupam em sistemas sociais informa sobre a manufatura científica.

Se Everardo lida com uma certa realidade, por todos os lados se vê obrigado a fazer escolhas entre teorias rivais. Ao adotar e defender uma teoria está consciente de que ela pode resolver os problemas de ordem qualitativa ou quantitativa que outras teorias não poderiam solucionar. A teoria eleita é aquela considerada capaz de produzir pensamento científico de acordo com a realidade a ser desvendada. A teoria objetiva a formulação do nexo entre o pensamento e a realidade, não há dúvidas quanto a esse ponto. A prática também instaura concordância de mesma ordem quando tem seu escopo na produção de realidades em concordância com o pensamento. Em suma, no campo científico o que se tem em mira de foco é sempre uma relação entre pensamento e realidade, seja no âmbito da teorização ou da prática. Assim, um intelectual pode formular sua autoconsciência desconhecendo-se como teórico ou

como ativista, mas renovando-se a si mesmo continuamente na promessa de buscar a correspondência entre o pensamento e realidade, recorrendo à teoria, à ação ou a ambas[138].

Se dentre o rol dos teóricos das Ciências Sociais Everardo recorre amiúde a uns e não a outros é por considerar que tais ordens de inspiração favorecem o alcance da formulação de um pensamento consistente com a realidade sobre a qual se debruça. Além disso, não se pode negar a existência da necessidade de buscar aprovação dentro da organização reputacional ao qual pertence. A preocupação com o reconhecimento é importante e não é esquecida nos momentos de escolha de teorias, conforme destacou Kuhn (1977:350).

É verdade que a extensão das pesquisas e o próprio objeto parecem reclamar pela freqüente referência a certos autores. Mas não nos limitemos a esse ponto. O acesso teórico (certa feita a Michel Foucault outras a Bourdieu ou mesmo a outros intelectuais como Marx, por exemplo já foi dito aqui ter sido um grande esteio em certo momento de sua carreira) lhe vale como recurso de produção de realidade, ou em outras palavras, como meio de dar sentido de aplicabilidade ao pensamento que ele constrói em suas obras escritas de maneira aparentemente desinteressada do reformismo social. Haveria interesse por conferir um direcionamento às suas pesquisas com respeito à possibilidade de resultados pragmáticos posteriores. A questão seria retomar os nexos entre a prática e a realidade.Vou tentar tornar esse ponto mais nítido.

Desde o final da década de 50 o marxismo houvera se apresentado como a teoria política para confrontar os obstáculos ao desenvolvimento nacional. Naquela oportunidade certas frações intelectuais, se bem que nem todas, se obrigavam dedicar atenção à transformação de uma sociedade afetada negativamente por um contexto de profundo atraso cultural, moral e intelectual. Os intelectuais passaram a tomar posições políticas de centro, esquerda ou direita; preponderava a idéia de que o intelectual deveria, de fato, assumir uma posição (Cândido, 1996:05). Tratava-se não somente de impor a autoconsciência da realidade social do país, processo já em curso desde os anos 30, mas também de impor uma reflexão teórica sobre o processo social que pusesse em relevo os problemas brasileiros. Mas, os anos 50 também foram acompanhados pela tendência de proliferação de pesquisas com forte preocupação acadêmica, pesquisas mais academicamente orientadas e menos impulsionadas pela busca de respostas a

[138] O debate sobre a unidade entre teoria e prática é bastante rico e pode ser acompanhado em Cohen (1978) a partir de sua discussão sobre a Contribuição à Crítica do Direito de Hegel e Teses sobre Feuerbach.

questões pragmáticas e imediatistas da sociedade nacional. No que afeta à Sociologia, de acordo com Queiroz (1971:11), a questão primordial era ampliar o quadro de especialistas capazes de levar adiante a investigação científica no país.

Se aquele fora um problema para a sociologia da década de 50, sua reedição se deu nos fins dos anos 60, num outro domínio: no campo social da saúde. De forma equivalente, Everardo viu-se constrangido ao enfrentamento de problema similar ao apresentado aos sociólogos dos anos 50: ampliar o quadro de especialistas capazes de levar adiante a discussão sobre o social e sua importância para o setor saúde. A vertente teórica que buscará, de saída, será o materialismo-histórico, pois naquela ocasião havia a crença generalizada que a transformação da sociedade seria bem encaminhada por essa via. Diante disto, nosso cientista social se viu incitado a uma missão ambígua. Por um lado, se impôs pesquisas academicamente orientadas, com amplitude teórica bem marcantes; por outro lado, objetivou a aplicabilidade prática de seus trabalhos ao incitar a formação de quadros de especialistas em saúde com formação em Ciências Sociais.

Everardo fez uma opção mais intelectualista, obrigou-se às pesquisas de refinamento teórico e forte expressão acadêmica. Posteriormente, suas analises tomaram um curso nas quais as florações de Foucault, Bourdieu e outros autores foram colhidas em lugar do materialismo-histórico. A relação entre o pensamento construído por Everardo e a realidade que ele optou por estudar, intermediada por tais formulações teóricas, favoreceu ao pensador aproximar-se as Ciências Sociais ou Sociologia da Saúde como uma formação discursiva que pode ser retomada como uma história arqueológica e fazer a interpretação do campo de poder das Ciências Sociais em Saúde nos termos da intermediação entre teoria e práxis.

Everardo assimilou de Foucault os procedimentos disponíveis de controle e delimitação de discursos. Com isso suas pesquisas parecem ter obtido vocação menos pragmática, no sentido de buscar intervenções imediatamente dirigidas sobre a questão saúde na sociedade nacional. Mas o pragmatismo de suas pesquisas não estando de todo ausente, encontrava-se localizado na tentativa de fazer o convencimento em torno da necessidade de formação de especialistas em saúde sensibilizados e afinados com o valor e relevância das questões de porte social.

A preocupação prática espreitando por detrás de suas pesquisas de caráter científico era estimular a formação de quadros de especialistas capazes de assumir a responsabilidade da investigação e intervenção sobre as questões afetas à saúde e sociedade no Brasil. Isso quer dizer que depois de vencido o período de lutas que ensejou a adoção da perspectiva marxista, novas situações se colocaram e novas abordagens a objetos foram possibilitadas. Inicialmente, o materialismo histórico representou, para Everardo e tantos outros que partilharam com ele mesmo momento histórico, recurso eficiente para desvendar a realidade e conferir força e vigor para a condução das reformas sociais no campo da saúde. Num período posterior a esse cenário marcado por lutas, suas opções teóricas funcionaram-lhe como organizadora de estudos que ao final marcavam um certo tipo de compromisso com a práxis: enfatizar a importância das Ciências Sociais em Saúde e da multiplicação de seus produtores. Everardo confia na fecundidade das Ciências Sociais em Saúde para desvendar relações verificadas entre a saúde e o social. Do seu ponto de vista, as análises em saúde não podem ter êxito sem essa compreensão. Multiplicar profissionais convencidos dessa importância e habilitados para proceder tais ordens de investigação é o principal estímulo para a tomada de seus objetos e decisões teóricas.

Conclui-se que compromissos auto-atribuídos com respeito à práxis, no sentido da apresentação de soluções, manutenção de desempenhos pragmáticos ou respostas a problemas demandados reclamam atenção no processo de escolhas teóricas. Os modos como os intelectuais objetivam sua inscrição na vida pública participam do processo que determina a escolha entre teorias rivais, do mesmo modo como também participa desse processo a busca de reconhecimento dentro de um grupo reputacional. Volto a dizer: afetam as decisões em favor de uma ou outra teoria não apenas o objeto, mas também os interesses quanto à inscrição na vida pública[139]. A maneira como o intelectual internaliza sua relação com a prática é um dado de participação no processo das escolhas bibliográficas.

As opções teóricas de Everardo fazem nexo com a realidade tomada para estudo, autorizando a construção do pensamento expresso na concretude das suas obras. Ao mesmo tempo esse pensamento ou o resultado da sua atividade científica informa a produção de

[139] Thomas Kuhn (1977:385) diz algo bastante oportuno para ajudar pensar a questão da inscrição do intelectual na vida pública: *"(...) um cientista, ao escolher entre duas teorias, sabe habitualmente que a sua decisão terá uma relação com a seqüência de sua carreira de investigação. Naturalmente, está especialmente atraído por uma teoria que promete êxitos concretos pelos quais os cientistas são em geral recompensados".*

realidades. Quando Everardo trata das Ciências Sociais em Saúde, informado por Foucault, como uma formação discursiva e como um campo científico, nos termos de Bourdieu, ele concede visibilidade e estimula a consideração da legitimidade desse campo de práticas teóricas e pedagógicas para os interesses peculiares ao campo social da saúde, de maneira a assistir-se à produção de uma nova realidade em concordância com o pensamento construído. Essa nova realidade, a qual me refiro é a construção e convencimento das Ciências Sociais em Saúde como recente e promissora especialidade, através da disponibilização de dados e informações, da apresentação de descobertas não anteriormente verificadas ou não bastante claras antes da investigação e que ao serem explicitadas culminam na reapresentação da realidade. Assim ao tempo que as pesquisas cientificas são fiéis e exatas no estudo da realidade é do próprio caráter da pesquisa científica devolver ao mundo a realidade tomada que, agora transformada pela intervenção científica, se revela outra. É nesta dimensão que está contido o poder revolucionário das palavras.

Partindo para um outro ponto analítico, conforme notou Manuel Palácios de Cunha e Melo (1997:53), o mecanismo de citação constitui parte essencial do sistema de regulação do trabalho científico. Eu diria que quando um intelectual faz suas eleições bibliográficas, quando cita determinado autor ou nele apóia sua pesquisa, está procurando convencer sua audiência. Está expressando seus compromissos com respeito à organização do trabalho intelectual na sua área específica de estudos, demonstrando a seu público de especialistas com quem faz consenso de forma que, provando pertinência a um grupo, quiçá possa alçar-se à condição de reivindicar-se, ele próprio, produtor de novos consensos. Há uso interessado dos apelos bibliográficos. Sua finalidade seria dar convencimento das idéias ao público. Tal fato é decorrência da pertinência do intelectual a um grupo reputacional com o qual deseja marcar consenso e dele obter reconhecimento. Que seria de um sociólogo que executa seu trabalho apoiado exclusivamente em autores da pedagogia ou psicologia senão motivo de desconsideração por parte dos membros de sua comunidade científica?

Durante a produção dos fatos científicos o intelectual se percebe num estado de isolamento que o impele na direção de antecessores de autoridade, intelectuais consagrados pela produção de obras de referência. Com eles o artesão da ciência dialoga e ganha forças junto às receitas canônicas propostas por reputações já elogiadas. Valendo-me do momento para expressar

um ponto de vista pessoal, gostaria de dizer que na busca da ruptura do seu isolamento intelectual ou na tentativa de desmanchar a incomensurabilidade de seu espírito reafirmando perante o leitor a compatibilidade de suas idéias com outras expressas em obras consagradas, o intelectual, não raras vezes, sucumbe completamente ao contexto da justificação. O contexto da descoberta se vê prejudicado todas as vezes que o pensador movido por suas angústias justificadoras procura abrigo no colo dos grandes e lá se acomoda em aconchego como se fora boneco de ventríloquo. Para os intelectuais que aprendem conhecimento científico com os livros e professores é um grande peso nos ombros a ciência normal[140] com seus critérios padronizados. Contrariá-los é por vezes sintoma de rebeldia de neófito, sobretudo se as ousadias forem anteriores ao reconhecimento do praticante por parte de uma organização reputacional.

Para pensar o caso da citação como parte do processo de adesão teórica, vou praticar o recurso e citar Cunha e Melo (1997:55): *"A prática da citação, portanto, parece não corresponder às expectativas de um processo ordenado de expansão do conhecimento. Percebida como um recurso retórico, a citação não evoca as metáforas do racionalismo científico: mobiliza a reputação de uma tradição de pesquisa, convoca a autoridade de outros cientistas. A citação sugere que não bastam a razão e a experiência para sustentar uma hipótese, esta deve estar também ancorada na tradição estabelecida pelos praticantes de uma especialidade científica."* Isso é bem verdade e porque acredito nisso não o falo por mim mesma para dar aspas a Cunha e Melo, um critério aceito e estimulado pela ciência normal por mobilizar tradição. Mas se a ciência não se limita a um abrir e fechar de aspas não se pode relegar a plano subalterno o valor da subjetividade na sua produção pois que se coloca indiscutivelmente presente.

A subjetividade está presente na ciência desde a eleição dos objetos, das escolhas que se fazem entre um ou outro autor para compor citações e eleição entre teorias disponíveis. Devemos a Kuhn (1977:389; 394) a finalização do descrédito quanto ao papel desempenhado por fatores subjetivos na construção da ciência, disse ele:

---

[140] Entendo *ciência normal* nos termos de Kuhn (1970, 1977) como a atividade científica para qual são educados os praticantes. A ciência normal explica maioria dos trabalhos feitos na ciência, mas como notou Kuhn não é por isso que deva ser considerada desinteressante. O ponto a destacar é que os praticantes da ciência são educados para a prática da ciência normal e não para a extraordinária.

"(...) como é que os filósofos da ciência puderam negligenciar, durante tanto tempo, os elementos subjetivos que, garantem eles, entram regularmente ns escolhas teóricas reais feitas pelos cientistas individuais? Por que razão esses elementos lhes parecem apenas um índice da fraqueza humana, e não um índice da natureza do conhecimento científico? (...) Minha argumentação dirigiu-se, até aqui, a dois pontos. Primeiro forneceu provas de que as escolhas que os cientistas fazem entre teorias rivais dependem não só dos critérios partilhados – os que os meus críticos chamam objetivos – as também dos factores idiossincráticos, dependentes da biografia e da personalidade individuais".

De tal maneira, posso dizer que é também porque admira e respeita o trabalho de Bourdieu ou Foucault ou outros intelectuais que Everardo os cita. Não fossem compatíveis as idéias desses autores à sua personalidade ele não os tomaria como recursos teóricos. E é claro, que também existe a citação de crítica a qual é posta para incitar o debate.

Não se pode, neste mesmo sentido, relegar a plano subalterno o valor da experiência na produção da ciência. A atividade científica se orienta por um princípio de curiosidade com respeito a uma dada *situação*, para recorrer ao vocabulário de Merleau-Ponty (1991:118). O pensador se encontra, ele mesmo, em uma *situação* por meio da qual se insere na ação e na possibilidade de produção de saberes. Tal conhecimento irá conter um ponto de vista derivado da experiência, ela própria ponto de origem de todo o conhecimento acerca das situações colocadas como motivos da investigação científica. Assim o conhecimento se realiza numa comunicação entre a experiência social do pensador e as outras situações que ele coloca como objeto de sua investigação. O conhecimento advém dessa negociação entre a experiência do sujeito social e as diversas outras situações alvos de seu interesse. Talvez recorrendo às exatas palavras de Merleau-Ponty o entendimento do valor da experiência para a produção dos fatos científicos pareça menos intrincado do que estou conseguindo fazer:

"Enquanto conservo em meu íntimo o ideal de um espectador absoluto, de um conhecimento sem ponto de vista, não posso ver em minha situação senão um princípio de erro. Mas se um dia reconheci que por meio dela sou inserido em toda ação e em todo conhecimento

que possa ter um interesse para mim, e que ela contém, gradualmente, tudo quanto possa ser para mim, então meu contato com o social na finitude da minha situação revela-se para mim como ponto de origem de toda verdade, e, já que estamos na verdade e dela não podemos sair, só me resta definir uma verdade na situação. O saber está fundado no fato irrecusável de que não estamos na situação como um objeto no espaço objetivo, e que ela é para nós princípio de curiosidade, de investigação, de interesse pelas outras situações, enquanto variantes da nossa, depois por nossa própria vida, esclarecida pelas outras, enfim, o que nos liga à totalidade da experiência humana, assim como o que nos separa dela. Chamar-se-á ciência e sociologia a tentativa de construir variáveis que objetivam e esquematizam o funcionamento dessa comunicação efetiva".

Se isto não explica a angulação da produção intelectual de Everardo com relação ao conjunto do pensamento social em saúde no Brasil ilumina, todavia, o modo como é construída. A ciência como prática não se faz tangível fora do recurso da vida cotidiana dos indivíduos, da sua situação social e dos seus pontos de vista. O acesso ao pensamento não se faz por exclusão aos modos de organização da prática intelectual que se remetem a processos inteligíveis de determinação. Pensa-se com homens ou contra homens, mas pensa-se num mundo de homens onde viceja a determinação situacional do conhecimento com seus critérios de especialização, temporalidade, autoridade e legitimidade. Mundo de homens no qual o intelectual é um deles e projeta o seu perfil com suas potencialidades criativas, inovadoras, e pontos de vista, marcados por critérios de objetividade científica compartilhados e também por índices de subjetividade que orientam escolhas individuais mediadas pela experiência acumulada como sujeito social. A situação[141] ou posição de grupo é também causa das idéias de Everardo. Vejamos a concepção que este sociólogo mantém a respeito de sua relação com o social:

"*Quando, como cientistas sociais, produzimos uma reflexão crítica e inteligente a respeito dos fenômenos de saúde e doença como processos que se desenrolam nas coletividades*

[141] Conforme Merleau-Ponty (1991:121): "*Quando me apercebo de que o social não é somente um objeto, mas em primeiro lugar a minha situação, e quando desperto em mim a consciência desse social-meu, é toda minha sincronia que se me torna presente, é todo o passado que, por meio dela, me torno capaz de pensar verdadeiramente como a sincronia que ele foi em sua hora, é toda a ação convergente e discordante da comunidade histórica que me é dada efetivamente em meu presente vivo*"

não finalizamos completamente nossa missão porque isso significaria a produção de conhecimento. E existe um momento que eu chamaria a reprodução do conhecimento que envolve um projeto pedagógico, nesse momento é que esse produto poderá vir a ser posto também de forma crítica para os estudantes para a re-elaboração das atividades no campo da saúde. Penso que esta é, inclusive, a proposta mais recente das reformas curriculares: conseguir que aquilo que está sendo transmitido se torne elemento para uma possível intervenção no campo da sociedade."

Pensar o social, seu tamanho, seu vulto e suas promessas – estas me parecem aa contribuições de Everardo ao pensamento social em Saúde no Brasil. Contribuições que possibilitam a outros intelectuais, conscientizados dos valores que ele lutou por estabelecer, comportarem-se, eles mesmos, como novos produtores do pensamento social em saúde.

Finalizo, minhas atividades de pesquisa e análise apresentando, na seqüência, as conclusões que emergiram do meu esforço.

CONCLUSÃO

O que fazem as pessoas quando decidem ganhar o pão de cada dia fazendo ciência? Olhando bem de perto quem são os intelectuais? Como se conjugam suas pessoas e obras? Como o sistema de relações sociais do qual participam intervém no caráter e timbre das suas produções? Quais as principais características do sistema de relações sociais de tipo acadêmico? Como são recebidos e avaliados os cientistas que fazem profissionalização intelectual em contextos científicos aplicados? Até que ponto os produtos da ciência são resultados diretos dos processos de produção aos quais se encontram associados?

Tomado um domínio de conhecimentos em particular – Ciências Sociais em Saúde- e correndo atrás de apontar a contribuição que seus adeptos ou simpatizantes, num curso histórico que conjuga passado e presente, verteram e vertem ao pensamento social em saúde no Brasil me vi sendo tomada por essas e outras perguntas que nunca descansaram da minha companhia no curso desse trabalho.

Conclusões de tese são entendidas como lugares privilegiados para o pesquisador revelar aos leitores o mais bonito lado da pesquisa, o lado direito, aquele que é tecido com o desvelo que cabe às boas bordadeiras. Porque o trabalho científico é bordado que se tece ponto a ponto. É arte que leva seu elaborador à obsessão pela precisão. Mas ciência tem avesso também. E poucos gostam de contar sobre o avesso da pesquisa, menos ainda são os que querem mostrá-lo como conclusão. Mas eu gostaria de ser agora exceção.

No avesso está entender a trajetória dos pontos que fizeram a tessitura da pesquisa. E está uma porção de outras coisas, todas elas vinculadas à práxis científica. E porque isso é muito pouco mostrado temos nisso uma das justificativas para essa tese que, entre outras coisas, buscou conhecer processos de produção científica e divulgar seus resultados.

Inicialmente gostaria de abordar algumas questões referentes à utilização do método etnográfico para o desvendamento da ciência. A primeira é de natureza subjetiva e se refere à maneira como me percebi antropóloga percorrendo ambientes científicos, mas paradoxalmente me sentindo Malinowski na costa sul da nova Guiné. Vou rememorar sua confissão porque também me revela:

"Lembro-me muito bem das longas visitas que fiz às aldeias durante as primeiras semanas; o sentimento de desânimo e desespero depois de terem fracassado inteiramente muitas tentativas obstinadas, porém inúteis, de estabelecer um verdadeiro contato com os nativos e de coletar qualquer material. Tive períodos de desesperança, nos quais me enterrava na leitura de romances, do mesmo modo que um homem recorre à bebida num acesso de depressão e de enfado tropical." (Malinowski, 1990:41).

Se a etnografia produz sofrimentos eu também confesso que já vivi alguns deles. Afora o fato de contar com pouco interesse de alguns "nativos" para minha pesquisa, a questão da apresentação textual dos resultados obtidos pela investigação etnográfica da ciência, em vários momentos, me pareceu algo mais sacrificante do que dormir em rede abalada por baques de morcegos, como me era comum quando de minhas pesquisas junto às populações indígenas. Refiro-me aos momentos em que fui atravessada por um dilema prático: como representar textualmente a realidade da observação etnográfica sem envolver pessoas famosas em conflitos ou descambar para um estilo etnográfico tipo folhetim das últimas novidades da comunidade científica e suas mazelas ou refugiar-me no estilo ficcional que a tudo pode escamotear?

Sempre brinco comigo mesma quando leio duas palavrinhas que os intelectuais parecem adorar: dilemas e desafios. Digo brincar porque me coloca um sorriso no rosto toda vez que percebo os cientistas ávidos por se propor desafios, mas a enxergar dilemas por todos os lados, como pessoas que desejassem correr, mas antes cuidam de bem se afivelar nas amarras que os prendem a certos lugares. Há vezes em que nem se trata de dilema, no sentido de que haja duas alternativas possíveis, no mais das vezes as saídas são únicas. Os dilemas quase sempre estão na cabeça das pessoas que estudam certos problemas do que nos problemas em si. Ou no gosto que tem os cientistas em construir problemas para que depois possam emergir das trevas construídas com respostas que eles prazerosamente distribuem aos leigos.

Contudo, no momento exato em que me encontrei escrevendo sobre vários intelectuais bastante conhecidos da comunidade científica, ao menos naquela situação, eu era também uma intelectual.. Não fazia sentido, portanto, os acusar disso ou daquilo como se eu não fora implicada à situação. Quando uma antropóloga confessa, na redação de uma tese, que irá fazer etnografia e que fazer etnografia implica em acatar que o mundo não está reduzido ao estado de texto e assume o compromisso público com a descrição da realidade e apresentação da verdade os

dilemas vão existir se ela lida com informantes tão influentes. Quando informantes fazem relatos exigindo que o gravador seja desligado; quando informantes pedem para que o teor das suas afirmações seja "relativizado"; quando informantes fazem narrativas que a checagem de informações aponta como inverdade; quando informantes são excessivamente imponderados e drásticos em afirmações que poderiam produzir conflitos; quando informantes filtram excessivamente as informações concedidas produzindo entrevistas vazias e truncadas. Quando tudo isso acontece, eu vou lhes dizer, sérios conflitos narrativos são produzidos no autor.

Diante disso as opções não eram muitas. A minha foi reafirmar a etnografia como modalidade de experiência moral. Apresentei informações que permitiam ao leitor o domínio cognitivo das instituições da ciência como campo de poder estruturado em organizações reputacionais, mantendo um centramento ético e moral. As picuinhas de grupos, as fofocas de corredores e outras mesquinharias da rotina científica puderam ser postas de lado porque somente devem interessar àqueles para quem a microscopia da vida alheia tem muita graça.

Diz-se que quem tem medo de tapa não põe a cara na tela, parafraseando eu diria que tem medo de disputas não faz a vida na academia. O *homo academicus* transita num espaço de disputas verdadeiramente aguerridas. Procurei expressar, entre outras, essa dimensão da vida intelectual não a colocando, contudo, como expressão monossilábica dos locais científicos. Nas instituições científicas compete-se, mas também se coopera.

A equiparação da etnografia da ciência à conduta moral, permitiu que eu concluísse minha pesquisa sem a impressão de ter produzido uma farsa porque o limite etnográfico haveria de ser supostamente definido por um conjunto de etiquetas e regras de cordialidades intelectuais que jamais poderiam ser rompidas, mesmo que isto implicasse no sacrifício à verdade. Eu poderia, se quisesse, ocultar as identidades dos informantes e apresentar falas valendo-me de um estilo ficcional onde os sujeitos fariam suas estréias no texto com nomes forjados por mim. E disso não decorreria que, face à etnógrafa, as informações concedidas mudassem de teor.

É certo, temos aqui um problema inerente à consecução da etnografia do pensamento científico. Os informantes nesse caso não são índios anônimos que assam peixe no moquém em meio aos alaridos da floresta e com quem eu gostava de ir cantar à noite quando do meu mestrado. A contrário, lidei com informantes que certamente farão a leitura do meu trabalho, pessoas carregadas de títulos, de notoriedade e, não raras vezes, de mau humor. Para esse caso particular, pergunto, a etnografia deveria traduzir-se em falseamentos? Será que eu somente

poderia dizer aquilo que satisfizesse os membros da comunidade de intelectuais? Deveria dizer que fui bem tratada por uma certa informante quando fui recebida com grosserias? Qual o tamanho da minha liberdade de críticas? Vou me valer de uma analogia pra expressar minha compreensão acerca do problema. Sempre achei muito intrigante quando em congressos ou colóquios científicos o orador em púlpito, sempre um cientista prestigioso, tenta demonstrar sua desenvoltura e bom humor contando uma piada absolutamente sem graça, mas que surpreendentemente leva a multidão ao riso - simples etiqueta intelectual. No meu entendimento, a etnografia não pode equivaler a etiquetas enganadoras, ela não é a piada intelectualista que todos fingem ser ótima.

Fazer de instituições científicas do campo social da saúde objeto de exame etnográfico é revelar sua natureza complexa e testemunhar aspectos da vida humana que conferem inteligibilidade à manufatura científica. É também recusar a tradicional evitação de investigações antropológicas sobre sistemas sociais assentados na sociedade do pesquisador e com os quais ele se encontra habituado. Todos sabemos que na história do pensamento antropológico estudos sobre a sociedade ocidental foram desencorajados como forma de evitar que o assunto pesquisado e a opinião do pesquisador fossem confundidos. Contrariar essa formula antiga, ainda hoje praticada em Oxford ou Cambridge, abre a possibilidade da descoberta antropológica da ciência que nós mesmos praticamos. A endo-etnografia[142] ao propor objetos de pesquisa de familiaridade ao pesquisador estimula o exercício interpretativo com abertura para questionamentos de tipo ético, moral, político e social. Não se trata, portanto, de buscar o outro distante social e geograficamente de nós mesmos a fim de dar conhecimento àquilo que somos. Para conhecer as Ciências Sociais em Saúde, através de seus praticantes, como etnógrafa dirigi meu olhar endo-etnograficamente para sujeitos com quem compartilho sistemas de significados. Assim, inverti a venerável fórmula antropológica e ao invés de privilegiar a separação entre o

[142] Deve-se a Roberto Da Matta (1992:64) a distinção entre endo-etnografia e exo-etnografia. Na exo-etnografia o outro é um estranho em todos os sentidos, incluindo o geográfico. A endo-etnografia leva o pesquisador a debruçar-se sobre sua própria sociedade obrigando-o à produção de narrativas interpretativas com redução do caráter descritivo que caracteriza as exo-etnografias. Segundo o autor, a prática da endo-etnografia é comum nas antropologias outras que não aquelas praticadas nos grandes centros acadêmicos do ocidente, as quais ele denomina "antropologias nacionais" ou "antropologias periféricas", do seu ponto de vista, angustiadas por responder a pergunta de quem somos nós.

investigador e seu objeto tornei a proximidade benefício para a pesquisa. Afinal, para que correr o mundo para contar os gatos de Zanzibar[143]?

Contudo, no exercício etnográfico o pesquisador se depara com o inusitado quando se debruça sobre problemáticas do seu próprio mundo. A etnografia da ciência confronta o pesquisador com situações de não-texto, ao encontro com discursos, falas ou atitudes não textualizáveis. Isso não consiste como característica exclusiva da etnografia da ciência; é comum a toda pesquisa antropológica que tem lugar na sociedade do pesquisador. Assim, volto mais uma vez a Wittgenstein considerando que *sobre aquilo que não se pode falar deve-se calar*. Não sou a única a pensar assim. Roberto Da Matta (1992:69) levantou a questão dizendo que o mais surpreendente, quando o antropólogo estuda sua própria sociedade, é a descoberta de práticas sociais, instituições e valores virtualmente sem texto, posto a existência de coisas para serem faladas e coisas para serem escondidas; o escondido seria o não-textualizável. Da Matta tem toda razão, essa descoberta por vezes me pôs inerte sem saber o que fazer.

E mais uma vez a pergunta reverberava: como representar informantes conhecidos do público? Há quem defenda que a melhor alternativa seria trabalhar ocultando as identidades. Ao contrário, entendo que tal estratégia roubaria dos informantes aquilo que lhes permite o reconhecimento em suas características notórias. Significaria dilapidar exatamente o que faz deles sujeitos fundamentais à etnografia da ciência: suas identidades profissionais formadas por processos sociais, as autoridades de fala da qual se encontram investidos, suas posições na comunidade científica e correlatos reconhecimentos públicos. A etnografia que se importa com as pessoas, suas obras, valores e suas posições em sistemas sociais estaria se prostituindo nas suas convicções mais solenes ao ignorar identidades. Se a etnografia não é impostura não deve se contentar com as cordialidades forjadas num estilo ficcional. O compromisso etnográfico deve ser pactuado com o leitor sem perder de vista a ética das conseqüências Não tenho dúvida que a etnografia ficcional não revela valor para os estudos sociais das ciências humanas.

Eu diria que não é o caso partir para o pessimismo, mas se não agregarmos valores morais às nossas pesquisas, se não nos interrogarmos sobre as implicações dos textos que produzimos para as vidas que estudamos não veremos alargadas nossas alternativas de trabalho para um futuro próximo. Seremos empurrados ao estudo dos anônimos, dos destituídos de poder,

[143] Esta expressão, como todos sabem, pertence a Clifford Geertz.

dos que nunca terão acesso àquilo que sobre eles escrevemos. E gostaria de deixar claro que não se trata do elogio ao embuste, à trapaça, ao conluio com o poder. A questão a ser frisada é outra: compromisso moral resguardando fidelidade às evidências etnográficas. A etnografia da ciência não pode ser outra coisa senão uma modalidade de experiência moral.

Como se nota a etnografia da ciência gera situações extraordinárias. A escrita etnográfica em outros domínios não produz de maneira tão exacerbada conflitos narrativos no autor talvez porque ele se faça apaziguado na consciência de que raramente informantes terão acesso ou interesse pela leitura das teses, livros ou artigos a que deram origem. Mas, isso não é o que acontece quando se trata de estudar os intelectuais e suas atividades.

Segunda questão diz respeito ao processo de produção da etnografia como práxis científica objetivada. Desde minha adesão à antropologia dialógica fiz de saída algumas decisões. Busquei colocá-las em ação. Uma delas diz respeito ao valor que atribuo à comunicação intersubjetiva para obtenção de resultados de pesquisa. Nesta tese, os diálogos aparecem expressos, vezes integralmente outras são exibidas as falas dos entrevistados sem a preocupação de contê-las em quantidade ou tamanho. Esta foi minha escolha para construir e apresentar meus argumentos. Se a discursividade, se a fala é um grande capital para os membros da comunidade científica por que limitar sua expressão neste trabalho? Usando esta estratégia foi possível pintar o quadro polifônico que é a comunidade científica projetada na sua cultura verbal. A opção por essa forma de construção de argumentos e apresentação textual resultou na compreensão que as verdades são múltiplas e proliferantes entre os praticantes de ciência. Pareceu-me difícil falar em unidade em locais científicos onde a pluralidade impera dominante. O que não obriga outros membros da comunidade científica fazerem interpretações equivalentes às minhas, podendo transitar por entre as diversas falas destacando pontos que não são aqueles aos quais me ative. Isso pode ser possível porque vai ao encontro do argumento de que a diferença é o tom que afina os violinos da comunidade científica.

Sendo assim, caberia perguntar se o estilo e o produto escrito resultante da pesquisa etnográfica culminariam em falha para produzir a convergência analítica e interpretativa sobre o que representa as Ciências Sociais em Saúde através de seus praticantes em seus lugares de ação e produtos construtores do pensamento social em saúde. E antes seria oportuno indagar se esta caberia ser intenção, por excelência, da etnografia da ciência.

Escrever um relato textual do que é as Ciências Sociais em Saúde em determinados espaços institucionais da ciência não desvenda sua totalidade. Examinar um setor do pensamento social em saúde, destacado pela contribuição das Ciências Sociais, não esgota todo o pensamento social em saúde no Brasil. As tarefas investigatórias empreendidas são parcelares e cobrem o que se situa dentro das fronteiras delimitadas para o estudo. A humildade para reconhecer que o etnógrafo desvenda pequenos pedaços do mundo não é coisa para ser deixada para trás.

No caso da etnografia da ciência, é preciso também aceitar que ela produz a compreensão sobre fragmentos do mundo científico, é uma manufatura que cuida de representar determinadas comunidades científicas que mantém, elas mesmas, representações de si. São estas representações que procurei atingir, e ao percebê-las tão múltiplas concluí que minha interpretação, assentada no gênero etnográfico, é apenas um dos vários modos pelos quais as representações podem ser traduzidas. Percebo que a potencialidade da abordagem etnográfica para a ciência está combinada a sua capacidade de abrir leques ao invés de fechá-los, de registrar diferenças ao invés de anuviá-las. Assim, mais importante que fazer uma interpretação e análise de convencimento global sobre as Ciências Sociais em Saúde e seus praticantes é estimular a consciência de que os homens e suas ciências possuem a marca da heterogeneidade, sendo fundamental registrá-la no texto final.

Aqueles que sabem o que á a cultura da ciência entendem que seus cultores mantêm cada qual seu ponto de vista e também aderem a um quadro de referência que seria supostamente comum. É bem verdade que apraz aos intelectuais pensar as suas ciências As palavras de Latour e Woolgar (1997:25) servem para descrevê-los: *"Os próprios cientistas fazem suas ciências, seus discursos sobra ciência, sua ética da ciência, suas políticas da ciência e, quando são de esquerda, suas críticas e auto-críticas da ciência. Os outros ouvem. O ideal político e epistemológico é que não haja uma palavra da metalinguagem da ciência que não seja tomado dos próprios cientistas."* Acontece que os resultados desse pensar nem sempre são coincidentes.

Se o campo científico é lugar para a proliferação de diferenças que desenham a trama e definem a qualidade das relações sociais vigentes nos espaços institucionais da ciência é também palco para convergências em termos de fertilizações cruzadas entre distintas disciplinas e enriquecimento mútuo entre competências diversas. E, no entanto, essa segunda especialidade tenderia a redução frente à elevação das qualidades competitivas inerentes às relações interdisciplinares e interprofissionais. Como alguns de meus informantes salientaram, a

comunicação disciplinar é diferente da comunicação entre os intelectuais. É bem verdade que a interdisciplinaridade enquanto proposta não é sinônimo da interdisciplinaridade como práxis científica. As relações acadêmicas são tensionadas por elementos que caracterizam a práxis científica. A profusão de subjetividades, as disparidades de capitais simbólicos como fama, reputação e notoriedade; o contraste entre posicionamentos éticos; a manutenção de distintos pontos de vista acerca do papel e incumbências sociais dos intelectuais e suas responsabilidades políticas são alguns dos componentes, presentes na comunidade científica, que juntamente com outros elementos formalizados em termos de tradição, teorias, conceitos e métodos bem estabelecidos atuam conformando a comunidade científica numa feição que posta ao espelho reflete-se mais associada ao conflito que ao acordo entre pares, haja vista as relações de poder que matizam os campos científicos. Isso foi o que observei tanto no DMPS-Unicamp quanto no DCS-ENSP.

A ciência se faz com idéias e homens que as elaboram e praticam. A etnografia da ciência ao permitir que as atividades intelectuais de homens que aderem a determinadas matrizes de pensamento sejam tomadas como objeto empírico de análise contribuem para o desvendamento da ciência enquanto prática social. Mas se isso é verdade, a questão que persiste é até que ponto tal empreendimento na qualidade de investigação, escrita e interpretação pode fazer o convencimento global acerca do modo de se praticar Ciências Sociais em Saúde quando seus produtos apontam para a variedade dos seus praticantes e correspondentes intenções criadoras?

Isso leva à outra questão referente ao uso do método etnográfico para o estudo da ciência que gostaria de abordar. Ela remete ao verdadeiro alcance da etnografia da ciência no sentido de desvendar o trabalho científico. Essa é uma questão bastante delicada e merecedora de atenção. Os cientistas sociais da saúde, na qualidade de integrantes de uma cultura científica particular, tomam posições observáveis e descritíveis dentro do campo científico, e no entanto, as leituras que fazem da execução da ciência e seus compromissos são diferentes o bastante para inviabilizar o tratamento conjunto dos intelectuais e sua produção. Os cientistas sociais da saúde, eles mesmos, estão envolvidos por demais em pensar suas atividades; suas opiniões trazem contrastes apreciáveis acerca das próprias Ciências Sociais em Saúde e das suas incumbências e papéis sociais.

Praticando etnografia no DMPS-Unicamp e DCS-ENSP, constatei a variedade de posições como característica da comunidade dos cientistas sociais da saúde. Há intelectuais que consideram as Ciências Sociais em Saúde uma atividade de compromissos aplicados que deveria primar pela conciliação de sua agenda aos propósitos práticos presentes no campo social da saúde. Existem aqueles para quem as Ciências Sociais em Saúde merecem reprovação por consistir num projeto calcado em insuficiências, dada a baixa qualidade da produção. Outros, em contraste, ressentem-se pela intenção voluntarista e imediatista adotada pelas Ciências Sociais em Saúde quando limitam sua função científica por intermédio de um empobrecimento teórico a fim de responder demandas da saúde. Existem os que defendem maior rigor e acesso às Ciências Sociais em seus próprios termos. Outros que não aceitam a manutenção da vocação teórica das Ciências Sociais como característica fundamental das Ciências Sociais em Saúde, dado seu ingresso em contextos aplicados. Há os que não vêem conflitos entre as dimensões teóricas e aplicadas, percebendo que se trata de talhar um intelectual com absolutas competências teórica, analítica e metodológica em Ciências Sociais para operar questões pragmáticas e fundamentais do universo da saúde. Existe quem sequer acredite na existência das Ciências Sociais em Saúde. Há quem dedicou sua vida intelectual a pensá-la.

O tom político que engloba o campo social da saúde não impregna a todos igualmente. Onde alguns são acusados de teóricos ou excessivamente acadêmicos outros o são por dar atendimento pragmático a interesses de balcão. Toda essa multiplicidade de percepções e opiniões leva a hipostasiar que a *identidade cognitiva*[144] da área comporta fissuras e tensões, uma vez que as especificidades das orientações e problemáticas não são absoluto consenso entre os seus membros.

O que é certamente comum aos cientistas sociais da saúde é a pertinência a uma tradição de pesquisas que insinua seus primeiros movimentos em finais da década de 60 e adquire continuidade performática partir da década de 70, conforme concluímos no capítulo 3. Nos anos 70 foi acelerado o processo de institucionalização das Ciências Sociais no campo da saúde, definindo-se de forma mais nítida o âmbito as atividades, as características das atuações, projetos e as relações dos cientistas sociais com o contexto mais amplo do campo social da saúde. Tratou-

[144] Permita-me relembrar que a *identidade cognitiva* define a especificidade das orientações, paradigmas, problemáticas e instrumentos de pesquisa de uma disciplina (Villas Boas, 1991:38)

se da iniciação do processo de constituição da *identidade social* [145] da área que atingiu, nos anos 90, o seu ápice em estabilizar as Ciências Sociais em Saúde do ponto de vista da sua organização. A *identidade social* está ligada à questão do amadurecimento institucional da área. Mas se a década de 70 deflagra o processo de constituição da *identidade social* da área, muito antes tiveram lugar os processos para a constituição da *identidade histórica.*

O processo de constituição da *identidade histórica* das Ciências Sociais em Saúde, como tivemos a oportunidade de notar, nos leva a um passado mais distante que remonta a pioneiros, sujeitos que independentemente de suas qualificações profissionais formais, dedicaram seus esforços para pensar ou contribuir com a problemática da saúde como questão social, de maneira que a atual comunidade de cientistas sociais em saúde pode reconhecer seus primórdios naqueles tipos de atividade. A *identidade histórica* das Ciências Sociais em Saúde sendo mais remota foi favorecedora da produção da *identidade social* e encontra-se vinculada aos esforços precursores, às manifestações importantes para a constituição desse campo de trabalho.

As Ciências Sociais em Saúde, historicamente, se portaram como instrumento indispensável para orientar ações de saúde, promover mudanças almejadas no campo da educação médica e contribuir para a reflexão sobre a estruturação e oferta dos serviços de saúde no Brasil. A tradição intelectual que situa esse campo disciplinar foi instituída como projeto contra-hegemônico dado o embate com o paradigma dominante no âmbito da saúde. Pode-se tomar este fato como um potente diacrítico, elemento fundamental na construção da *identidade cognitiva* da área. Se a *identidade cognitiva* das Ciências Sociais em Saúde encontra-se assentada na forma do acesso aos objetos do campo da saúde caracterizada, sobretudo, pela negação aos reducionismos de natureza biológica e pelo destaque à envergadura social que se encontra embutida na questão saúde, persistem ainda disputas sobre a validade de certos objetos, de linhas interpretativas e de posturas políticas diante das problemáticas do mundo da saúde.

Os cientistas sociais em saúde enfocam o objeto saúde sob uma vasta quantidade de ângulos. A saúde, pensada como campo, comporta inúmeros objetos todos eles referidos ao processo saúde/doença e sociedade. É assim que se pode falar da saúde da mulher; da saúde do índio; da organização dos serviços de saúde, das questões sociais que tem efeitos deletérios sobre a saúde e assim por diante, conforme diferentes elaborações do objeto saúde se tornem possíveis

[145] Recordo que a *identidade social* refere-se àquela forjada pelo processo de institucionalização através do qual a disciplina procura se estabilizar do ponto de vista da sua organização (Villas Boas, 1991:38)

e relevantes. Desse modo, a *identidade cognitiva* do campo teria seu fulcro na construção e abordagem a distintos objetos do campo da saúde de posse de métodos, teorias, instrumentais e interesses comuns às Ciências Sociais. Porém, a imensidade de objetos possíveis e passíveis de estudo no campo da saúde, que de saída vale para assinalar a unidade no campo, converte-se em importante deflagrador de pluralidade intelectual.

Uma vez que o objeto saúde atua produzindo excessos na variedade intelectual há que considerar sua repercussão em termos da *identidade cognitiva da área.* O horizonte temático das Ciências Sociais em Saúde é bastante vasto, quanto a isto não resta dúvida. Os enfoques disciplinares ao objeto saúde podem se dar pela via da antropologia, das políticas sociais e públicas, da sociologia ou pela combinação de vertentes, ou seja, apontam para um rol de possibilidades. As perspectivas adotadas por parte dos intelectuais para lidar com objetos selecionados podem ser contrastáveis conforme adesões teóricas e formas de compreensão do papel social de suas atividades é ampliada. A área abriga orientações, problemáticas e estilos diferentes. Isso é o bastante para apontar a existência de tensões na *identidade cognitiva* do campo.

Em termos do processo de trabalho em Ciências Sociais em Saúde é preciso ainda considerar a peculiaridade da inserção profissional que engaja cientistas sociais em contextos aplicados com demandas e exigências notáveis. Não menos importante para o processo de produção científica é o sistema de relações funcionais nas quais se inserem os cientistas sociais da saúde em cooperação ou disputas com outras categorias funcionais. O momento histórico em que a produção se concretiza também é fundamental. Visto de um modo ilustrativo, Everardo Duarte Nunes inicia sua carreira num momento de efervescência em torno da questão da educação médica e a isso sua produção intelectual é atenta. Maria Cecília de Souza Minayo pensa a questão da violência em suas mais diversas manifestações, escreve e fala sobre violência num período histórico marcado pelo seu intenso crescimento no Brasil. Afora a interferência de questões dessa natureza temos ainda a considerar as diferenças de *ethos* entre os pesquisadores. De tal maneira, acabo me perguntando se existem tantas Ciências Sociais em Saúde quantos cientistas sociais da saúde. E se assim for, como a etnografia das Ciências Sociais em Saúde poderia elucidar processos de produção científica e seus resultados se a variação das subjetividades é um assunto de séria interferência neste caso?

Sem nenhuma hesitação pode-se dizer que o pluralismo permanece como a principal marca das Ciências Sociais em Saúde. Sendo assim, não seria função primordial da etnografia da ciência obliterá-lo em favor da apresentação de uma perspectiva tendente à redução imediata dos produtos dos cientistas sociais da saúde à cultura verbal da área, à adesão a regramentos lingüísticos, aos processos de produção dominantes ou à estruturação formal do campo científico. As obras científicas não são resultados imediatos das suas circunstâncias de produção. Produtos científicos não são meros epifenômenos da práxis científica. É claro que o lugar contextual da pesquisa tem muito a falar sobre ela, assim como seu tempo histórico e sua inserção num certo domínio cognitivo. Após meu percurso etnográfico concluo que os produtos científicos são contingentes e determinados no sentido de circularem carregados de seus processos de produção; marcados por seus tempos lógicos, por interesses locais, pela adesão a certo domínio cognitivo, pela luta em torno de interpretações universalmente válidas e a tantas outras dimensões de ordem mais estritamente objetivas que regulam o trabalho científico, mas também é verdade que respondem às questões postas pela subjetividade dos autores e dela sofrem influxos.

Do modo como penso, a etnografia pode provar sucesso na elucidação das ciências humanas desde que leve em consideração os sujeitos. As contribuições intelectuais no campo das Ciências Sociais em Saúde se mostram plurais. Seus cultores também plurais. Os cientistas sociais da saúde não formam um grupo destacado pelo seu nível de coesão e homogeneidade interna. Maior produtividade analítica obtive quando no DMPS-Unicamp ou DCS-ENSP indaguei aos processos de manufatura das Ciências Sociais em Saúde estando focalmente atenta aos desempenhos de dois intelectuais em termos de seus desempenhos e práticas. Nestes espaços da ciência constatei a variedade das identidades profissionais e porque me pareceu impossível dar conta dela, minha alternativa foi conferir visibilidade às contribuições das Ciências Sociais em Saúde por intermédio da particularização e, dessa perspectiva, coloquei sob foco específico de atenção dois renomados praticantes de Ciências Sociais em Saúde. Vejo a importância de multiplicar essa atitude estendendo-a para alcançar outros nomes da área.

A atitude foi justificada por representar a possibilidade de concretização da pesquisa de viés etnográfico quando ela se volta para espaços de produção de conhecimentos que não são aqueles pertencentes aos domínios das ciências naturais, como é o caso dos laboratórios de neuroendocrinologia, microbiologia, bioquímica ou tecnologia que têm dado lugar às pesquisas no campo da etnografia da ciência. Os estudos sociais da ciência têm se dedicado a examinar o

processo de construção de conhecimentos nestes domínios, mas eu, particularmente, não tenho conhecimento de trabalhos de etnografia da ciência que façam da prática das ciências humanas em seu processo de produção institucionalizada objeto central de interesse. No campo das ciências humanas, e falo com especial atenção para o caso das Ciências Sociais, de um modo geral, as idéias não circulam sem nomes. Nomes pessoais estão vinculados a obras ou a sistemas de pensamento (Geertz, 1988). É assim que se fala em funcionalismo de Radcliffe-Brow; estruturalismo de Lévi-Strauss; ideologia no sentido de Marx; *habitus* conforme Bourdieu e assim por diante.

Se a cultura das Ciências Sociais não se arma sem acesso a nomes, também não pode ser examinada fora desse recurso. No domínio das Ciências Sociais em Saúde a etnografia se revelaria um recurso bastante pobre se prescindisse dos agentes produtores, restringindo-se a seus enfoques a partir da globalidade. A etnografia da ciência pede pelos sujeitos, exige sua consideração, identificação e acompanhamento em termos de trajetórias, vidas, pensamentos e obras quando se interessa pela desenvoltura, características e contribuições oriundas das ciências humanas. A alternativa que permite escape ao conjunturalismo etnográfico é o acesso aos pensadores em seus volteios e lidas com circunstâncias socialmente definidas.

Sendo fiel a minha percepção acerca do processo de conhecimento e descoberta no contexto da etnografia das Ciências Sociais em Saúde eu diria que se trata de um projeto que demanda centramento no enfoque à especificidade do caso concreto como forma de perceber suas marcas de universalidade ou particularidades.

Não defendo a construção de um altar para o culto das diferenças, mas não me parece legítimo desconsiderá-las para proceder à criação de um universal que não tem lugar na realidade. Na mediação entre projetores criadores e pertinência a um campo científico situa-se a criatividade das contribuições dos cientistas sociais ao pensamento social em saúde. As distintas afiliações teóricas, a eleição dos objetos de pesquisa, os tipos de condutas morais, os compromissos entretidos com o campo, os valoramentos éticos, as adesões políticas, os diferentes índices de status e autonomia e mesmo as diferenças entre personalidades fazem dos cientistas sociais em saúde sujeitos merecedores de reconhecimento individual em termos de suas contribuições particulares ao pensamento social em saúde. Não há tantas Ciências Sociais em Saúde quanto são seus praticantes; mas há uma multiplicidade de praticantes de Ciências Sociais em Saúde. Isso é tudo que pode ser dito.

Tanto no DCS-ENSP quanto no DMPS-Unicamp a institucionalização da ciência faz dela um sistema de comunicação operando a partir de organizações reputacionais que aglutinam sujeitos portadores de competências de fala e empenhados na luta pelo reconhecimento. A partir das investigações empreendidas foi possível tecer a compreensão da comunidade científica enquanto sistema especializado que é ao mesmo tempo um sistema de comunicação que ensina aos intelectuais como lidar com palavras e ao mesmo tempo um sistema de organização e controle que promove distribuição de reputação.

Considerada esta dimensão, em ambas instituições a ciência aparece como uma forma de organização de trabalho cujo desvendamento não se revela uma tarefa fácil. Procurando investigar o processo dinâmico pelo qual se produz Ciências Sociais em Saúde e os resultados dessa atividade, encontrei bastante dificuldade em explicitar os procedimentos utilizados para compor produtos científicos.

Tanto Maria Cecília de Souza quanto Everardo Duarte Nunes enfatizam os rigores das Ciências Sociais no tratamento de temas e problemas do campo da saúde pública, fato completamente disseminado entre todos os participantes do campo. O consenso em torno do social é o que permite fazer o reconhecimento desses ambientes como comunidades de comunicação. Pode-se dizer, que a preocupação com o social, em termos de sua relação com a questão saúde, é compartilhada, promovendo acordos intersubjetivos. Mas, o caráter aplicado das obras produzidas é também norteador da sua composição quando figura como critério que confere mérito aos trabalhos e determina a atribuição de boa reputação aos produtores de Ciências Sociais em Saúde.

Há entre os membros do campo as Saúde Coletiva expectativa que as atuações dos cientistas sociais revertam conhecimentos subsidiários às intervenções clínicas, políticas e ou sociais adequadas e necessárias. Os cientistas sociais da saúde são reputados e reconhecidos pelo grau de participação na "*aventura política*" do campo social da saúde, para usar uma expressão de Nilson do Rosário. Tornam-se alvos de críticas e reprovações quando se fazem alheios ou negam-se ao sentido político e aplicado conferido ao campo. Essa seria a característica contingente do sistema social do qual participam os cientistas sociais a funcionar como determinantes de seus pensamentos. Cecília, por exemplo, agrega o tom aplicado a muitos de seus estudos. Em outros, a vocação científica aparece mais pronunciada como é o caso dos

trabalhos de Everardo que se empenham em abranger as especificidades do social para a construção de um pensamento e ações em saúde.

Não apenas o teor aplicado dos trabalhos configura-se em lógica norteadora para o proceder científico. Outro critério implicado à manufatura científica útil concomitantemente para fazer atribuição de status diferencial aos cientistas sociais em saúde diz respeito à qualidade das contribuições. Existe quem avalie negativamente parte da produção da área e, desse modo, encontre-se a exortar os cientistas sociais da saúde, e outros intelectuais do campo que incorporam as Ciências Sociais em suas atividades, para a elevação do rigor científico conferido ao processo de produção intelectual. A questão que permanece em aberto é o que entendem como sendo um trabalho científico de boa qualidade e quais os parâmetros utilizados para julgá-los nesses termos.

Em todo caso os cientistas sociais da saúde se vêem submetidos às contingências históricas, sociais e políticas do campo da saúde quando pensam objetos, métodos e procedimentos epistemologicamente racionais em seus cotidianos de trabalho. Conforme notei, a tônica no DMPS-Unicamp ou DCS-ENSP é montar padrões de organização de trabalho que aglutinam várias categorias profissionais com o elogio às fertilizações cruzadas entre elas. Entretanto persistem distâncias identificáveis entre o almejado e o conseguido. O diálogo fecundo entre campos disciplinares e o compartilhamento de capitais intelectuais, ainda que postos como situações ideais, não caracterizam francamente e por completo a práxis científica em andamento uma vez que se encontra obstaculizada pela fatuidade e competitividade das relações sociais.

Na manufatura da produção científica em Ciências Sociais em Saúde não se exclui o peso da pertinência de seu elaborador a um certo contexto funcional do qual se aguarda não se fazer alheio. Contudo, as contribuições feitas ao pensamento social em saúde no Brasil por essa via encontram-se menos marcadas por tais determinantes e mais pela adesão aos rigores e cultura verbal das Ciências Sociais no enfoque aos objetos do campo da saúde. Uma vez que inexiste um modelo interdisciplinar de ciência consensualmente reconhecido e praticado na Saúde Coletiva a aderência aos interesses consagrados pela Saúde Coletiva se faz com obediência aos regramentos das Ciências Sociais que cuidam de explicitar objetos colhidos no campo as saúde ou construídos sob tal inspiração. Assim me parece que o temor da dissolução da identidade das Ciências Sociais quando no campo da saúde e os zelos corporativos que advertem pela preservação de cânones

originais frente às justaposições disciplinares que caracterizam as circunstâncias profissionais sob as quais o cientista social da saúde produz não são de todo justificáveis.

A produção de conhecimentos em Ciências Sociais em Saúde como atividade organizada em instituições como são DCS-ENSP e o DMPS-Unicamp não obriga ao afastamento dos cânones originais das Ciências Sociais a fim de possibilitar a criação de um tipo diferente de ciência desenvolvida e estabelecida sob circunstâncias de agregação multiprofissional e adições disciplinares. Isso foi constatado tanto nos trabalhos de Everardo quanto nos de Cecília. Se há variação quanto a esse ponto entre os diversos praticantes de Ciências Sociais em Saúde é questão para a investigação caso a caso, porém focalizando detidamente os produtos científicos desses dois intelectuais, notei a combinação das duas perspectivas. Ao tempo que se esforçam pela consolidação do campo da Saúde Coletiva, ambos se mantém nos domínios conceituais, epistemológicos e heurísticos das Ciências Sociais, defendendo e fortalecendo as Ciências Sociais em Saúde. Não se tratam, portanto, de coisas excludentes.

Objetivando referir o caráter socialmente determinado do pensamento e de seus resultados científicos percebi que as circunstâncias de suas elaborações não se portam pouco significativas. Tanto o DCS-ENSP quanto o DMPS-Unicamp são instituições do campo científico que agregam respeitabilidade a seus membros, promovendo-lhes ganhos em termos de autonomia discursiva e legitimidade a seus mandatos de fala. Mantendo formações profissionais, orientações teóricas, políticas, éticas etc contrastantes entre si, seria de se esperar que os intelectuais que integram tais instituições não conseguissem formar consenso de base e assim partissem cada qual a imprimir um tom exacerbadamente pessoal a suas carreiras. É bastante intrigante que a investigação etnográfica não comprovou esta hipótese.

No cotidiano dessas instituições existe disputa e diálogo entre visões diferentes. Há também projetos individuais em andamento. Mas, a aptidão para reconhecer o caráter fundamentalmente social das pautas da Saúde Coletiva se distribui equilibradamente entre os adeptos do campo. Não encontrei quem descaracterizasse a relevância do social na abordagem dos fenômenos do mundo da saúde. Não identifiquei nenhum livre pensador individual atuando a partir da desconsideração de um enquadramento social e institucional de suas pesquisas. Não reconheci nenhum sujeito que expressasse suas atuações como resultados exclusivos dos seus interesses pessoais ou afirmasse atuar conforme sua veneta.

Os mecanismos de controle têm eficácia no DMPs-Unicamp e DCS-ENSP. Poderia-se dizer que em tais espaços floresce uma cultura científica que pode ser interpretada ela mesma como mecanismo de controle. Com isso concluo que o pensamento revela-se como atividade que busca apoios no mundo para desencadear a movimentação dos cérebros. As realizações reais dos cientistas são tanto sociais como públicas e respondem aos mecanismos de controle vigentes nas instituições científicas que governam seus comportamentos. Não fora assim não existiria reação, crítica e inconformismo diante das pressões institucionais que se fazem aos sujeitos da produção científica, coisa muito freqüente de se encontrar.

Contudo, assinala-se na Saúde Coletiva a ausência de um movimento no sentido da busca de um consenso em torno de uma moral comum. Se o social faz unanimidade no campo, restam ainda desacordos quanto aos valores morais implicados ao acesso. A questão da ausência de um terreno moral comum no campo científico não é um fato inusitado e tampouco de ocorrência exclusiva à Saúde Coletiva. Otávio Velho (1992:101) quando refletia sobre as Ciências Sociais, propriamente ditas, reconheceu a necessidade de busca, por parte dos cientistas sociais, de um terreno moral comum. E não tomando essa busca como apanágio exclusivo das Ciências Sociais, disse: "*E que é essa busca, quer gostemos, quer não, que permite – mas ainda quando reconhecida – um verdadeiro diálogo. E não a suposta separação entre os valores e nossas práticas.* Discurso exortatório, pura "Jeremiada"? Não do meu ponto de vista. Acredito que muitos dos entraves aos diálogos e articulações disciplinares poderiam ser superados a partir da manutenção de acordos morais que funcionassem como organizadores da atividade científica produzindo vocabulários, competências lingüísticas e novas atitudes a serem exercitadas nas atividades científicas. A questão seria colocar sob atenção a natureza do pensamento científico, seu poder de transformação do mundo e as qualidades a serem incentivadas, transmitidas e valorizadas no processo de educação profissional dos produtores do pensamento. Enquanto isso não acontece o domínio praxiológico atesta o predomínio das pluralidades incapazes de se colocar como bases para a luta em torno do consenso moral que sustente compromissos éticos.

Tudo isso me leva a crer que os problemas enfrentados pelos intelectuais da saúde são partilhados por outras categorias de intelectuais. Porém, percebo a tendência no cultivo a certos problemas como exclusivos ou no mínimo mais dramáticos para o caso das Ciências Sociais em Saúde. Isso tem gerado posturas defensivas a ponto de, por ocasiões de encontros corporativos, obrigar os cientistas sociais da saúde ao gasto de boa parte do tempo recomendando-se fixação

nos rigores heurísticos das Ciências Sociais e a chamar atenção para os limites que a Saúde Coletiva impõe ao franco desenvolvimento das Ciências Sociais quando ela elege a saúde como objeto. De todo modo, me parece que tais posturas dão sinais de esgotamento quando hoje se reconhece a legitimidade da produção em Ciências Sociais em Saúde e testemunha-se o sucesso da investigação das Ciências Sociais no campo da saúde sem a temida dissolução de suas características tradicionalmente reconhecidas. Hoje estamos conscientes que é possível fazer Ciências Sociais localmente situados em espaços institucionais da saúde afinados a problemas globalmente relevantes.

A atuação dos cientistas sociais em saúde a partir de contextos aplicados não obstaculiza a expansão de conhecimentos. A obra de Cecília Minayo e Everardo Duarte Nunes são prova disso. Seria insustentável afirmar que os conteúdos expressos em suas produções intelectuais estariam tolhidos e limitados pela forma de trabalho que justifica o campo da Saúde Coletiva. Como cientistas sociais expressivos no campo da saúde, Cecília e Everardo deram cada qual seu quinhão ao pensamento social em saúde no Brasil, estando funcionalmente instalados em contextos científicos aplicados, mas suas obras não circulam aprisionadas por modelos particulares de análise ditados pela Saúde Coletiva nem refletem o esquecimento aos fundamentos das Ciências Sociais. O pavor da dissolução das Ciências Sociais quando no campo da saúde não passa de ser uma projeção pessimista desmentida pelo teor das obras produzidas. Isso acontece porque o reconhecimento do que fazem na prática, os cientistas sociais da saúde deixa de ser considerado para dar lugar a futurologias negativistas. Estando atenta à função social das atividades intelectuais de Cecília e Everardo, a partir de suas topografias, reconheci suas obras como crivadas pelos rigores das Ciências Sociais, desautorizando interpretá-las como hibridação pouco viável entre as vertentes sociais da medicina e Ciências Sociais. Os dois intelectuais compõem obras de Ciências Sociais que enfocam questões de interesse à Medicina Social, Saúde Pública, Medicina Preventiva ou Saúde Coletiva.

A coletânea de cientistas sociais em saúde não é absolutamente volumosa, porém é certo não poder ser reduzida a dois deles. Mas detendo-me nos modos como Everardo e Cecília praticam Ciências Sociais, em termos de amostragem, percebo como vazias de sentido as advertências e reiteradas recomendações para que os cientistas sociais da saúde não optem por situarem-se exclusivamente nos limites impostos pela Saúde Coletiva, por um lado, ou pelas Ciências Sociais, por outro lado; mas que se mantenham em posição de intercomunicação.

Aqueles que fazem essa defesa entendem que seria esta a postura, por excelência, a facilitar a criação de uma *Teoria Social da Saúde*. Contudo, a observação etnográfica revela que, na prática das Ciências Sociais em Saúde, os dois cientistas sociais enfocados ao trabalhar objetos de interesse ao campo da saúde o fazem com acesso à educação e treinamento profissional que tiveram em Ciências Sociais e não com seu desperdício. É sempre o cientista social Everardo que fala sobre a envergadura social da questão saúde. É sempre a cientista social Cecília que aborda problemas relevantes ao universo da saúde. As referidas advertências e recomendações, conforme já disse, revelam mais o medo do que poderia acontecer do que o reconhecimento do que está sendo praticado. E seria um tal temor que justificaria debates em torno da renomeação da disciplina como *Ciências Sociais e Saúde* a fim de diminuir a ênfase no caráter aplicado, estimulando a multiplicação de pesquisa voltadas aos interesses da Saúde Coletiva e de outras dedicadas a temas das Ciências Sociais. Entendo as preocupações que orientam esse debate e, no entanto, não penso que se trata de questão a ser resolvida mediante a renomeação da disciplina.

A empreitada das Ciências Sociais no campo da saúde não impõe necessária perda de autonomia e qualidade. Não há possibilidade de pensamento social em saúde sem recurso competente ao social. Portanto, o campo da saúde é um espaço de atuação privilegiada aos cientistas sociais. Mas, as diferenças internas ao campo expressas em distintas subjetividades e motivações tornam-se desconfortantes e pesadas para aqueles que gostariam de encontrar-se diante de seus pares como se lhes fossem seus espelhos. O que tem faltado no campo da ciência é a pratica de uma lição que os cientistas sociais melhores do que ninguém sabem ensinar e como os demais pouco se lembram de praticar: respeito às diferenças.

Do patrimônio intelectual das Ciências Sociais em Saúde podemos apontar trabalhos de maior ou menor qualidade, fato que não justifica perturbar a confiança no potencial da disciplina e competência da totalidade de seus praticantes. Cientistas sociais no campo da saúde se vêem institucionalmente destacados à docência, orientação de alunos, participação de projetos, cumprimento de agendas de pesquisa formuladas por agências nacionais ou internacionais etc, mas afinal todos os intelectuais de vínculo acadêmico encontram-se obrigados a atender essas e outras exigências socialmente postas. As respostas a demandas locais e globais não representam uma realidade exclusiva aos cientistas sociais que enveredaram para o campo da saúde e sendo assim não haveria razão de tomar a atuação localizada desses profissionais como causa para empobrecimento científico.

Uma questão bastante séria levantada neste trabalho diz respeito à questão da formação profissional dos praticantes de Ciências Sociais em Saúde. Não sou dos que se apegam ao viés corporativo, mas pensar a formação de competências em Ciências Sociais em nível de excelência para atuar no campo da saúde é fundamental. Os debates nessa direção devem ser encampados em conjunto pelas Faculdades de Filosofia e Ciências Humanas e Institutos ou Departamentos de Medicina Preventiva, Social e tipos afins que tem assumido a formação de quadros para a área. Poderia vir daí maiores incrementos científicos para a área. Mas confesso que isto me parece conjectural.

De todo modo, a investigação do que efetivamente fazem dois cientistas sociais reconhecidos e auto-identificados como praticantes de Ciências Sociais em Saúde revelou mais similitudes que contrastes: dois membros da comunidade intelectual radicados em espaços de trabalhos do campo da saúde, detentores de um conjunto de habilidades profissionalmente treinadas e pessoalmente executadas que conferem prestígio às Ciências Sociais em Saúde. Seus locais de fala também contabilizam semelhanças: duas instituições científicas consagradas à formação de quadros para o setor saúde, que respondem a funções teóricas e políticas, aglutinadoras de diversas categorias profissionais que cooperam e disputam entre si. Produzidas sob similar organização de atividade científica, as obras de Cecília e Everardo trazem contribuições bastante diferentes. Dentre as razões explicativas, tivemos a oportunidade de assinalar nuances institucionais, como por exemplo, atendimento de demandas. E, também, a presença do fator subjetivo.

É impossível deixar de reconhecer que as pesquisas em Ciências Sociais, sejam elas qualificadas ou não pela saúde, se apóiam fortemente no fator pessoal. Reconhecer a subjetividade nos produtos das ciências humanas surpreende tanto quanto encontrar o acaso nos laboratórios. Mas, tanto a subjetividade quanto o acaso não são os convidados inoportunos da ciência. O medo do subjetivismo e do acaso parece agora sem sentido diante da constatação de suas realidades e concretudes. Nada mais que uma acusação ultrapassada, o subjetivismo entra em cena para explicar a eleição dos assuntos e objetos de pesquisa entre outros aspectos das pesquisas.

Everardo como divulgador do social e sua importância inscreve-se publicamente como intelectual que pensa as Ciências Sociais em Saúde em sua trajetória, evolução e possibilidades. Há um interesse pessoal investido nessa direção. Suas obras retornam ao tema

das Ciências Sociais em Saúde conforme tocam múltiplas facetas do universo saúde. O cerne de suas obras é o social e quando ele o arrebata por intermédio de suas habilidades em Ciências Sociais pode iluminar a prática das Ciências Sociais em Saúde. Tudo isso o transforma no mais reconhecido intérprete dos cientistas sociais da saúde. Mas, o interesse pessoal consagrado em suas obras remete à sua *situação,* no sentido merleau-pontyano, que o insere na ação e acontecimentos das Ciências Sociais em Saúde não como simples espectador, mas como alguém que fez sua própria vida e trilha intelectual nestes domínios. Quando Everardo desvenda as Ciências Sociais em Saúde ele desvenda a si mesmo e a outros que ali fizeram sua profissionalização. A *situação* de cientista social da saúde funcionou-lhe como princípio de curiosidade e motor para a investigação intelectual por outras *situações* de cientistas sociais da saúde enquanto variantes da sua e esclarecedoras de sua própria e de outras vidas. Identifica-se, portanto, o fator subjetivo norteando a objetividade da ciência. O contato que o pesquisador mantém com o social na *situação* vivida se porta deflagrando a curiosidade científica.

Enfocando privilegiadamente as Ciências Sociais em Saúde, Everardo se pôs em condição de refletir sobre aquilo que vive e viveu em contraste com o vivido por outros. Assim, a subjetividade ingressa na ciência pela via da experiência. O que deflagra as Ciências Sociais é a curiosidade por nossas próprias vidas esclarecidas por outras vidas. Temos ciência de tipo social quando se realiza a comunicação entre a situação pessoal que projeta a curiosidade científica e a consideração de diversas outras *situações* que, como partes da totalidade da experiência humana, servem para esclarecer nossas vidas. Desse modo, a subjetividade encontra-se no ponto de origem da pesquisa científica.

É assim também com Cecília que confessa seu desejo de pensar o social para o progresso e melhoria das condições humanas. Ainda que tenha sido institucionalmente convocada para o trato da questão violência, Cecília não persistiria nesse objeto se ele lhe fechasse a oportunidade de lutar em favor dos oprimidos e aviltados. O objeto violência lhe possibilita reagir contra os massacres que a exclusão social faz aos homens. Cecília obtém realização pessoal quando investiga a gênese da violência povoada de interrogações sobre as alternativas de sua prevenção.

Quando se fisga das obras de Everardo ou de Cecília palavras tais como saúde, doença, terapia, corpo, eficácia, violência, percebe-se que tais termos não carregam sentidos limitados ao registro biológico, tampouco se restringem a sinalizar interesses cognitivos e

comunicativos comuns ao mundo dos cientistas sociais. Agregando novos valores a esses sinais proposicionais já muito conhecidos, tanto um quanto outro constroem e organizam uma linguagem original situada no ponto de intersecção entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Novos significados são produzidos, passando a trafegar como diacríticos, por excelência, do trabalho em Ciências Sociais em Saúde. Observando como dois intelectuais praticam a ciência por eles eleita percebi que a manipulação dos significados das palavras está contemplada na luta das Ciências Sociais em Saúde contra a obsolescência dos significados imputados pelas Ciências da Saúde a conceitos sobre os quais reclamam o monopólio do uso legítimo. Concluo que a atribuição de valores recentes a palavras antigas, efetuada de posse de critério, inteligência, discernimento e reflexão responde à urgência de fabricação de conhecimentos fora do predomínio organicista e biologicista que justifica o exercício profissional em Ciências Sociais em Saúde.

Os dois intelectuais que focalizei mais detidamente neste trabalho fizeram das Ciências Sociais em Saúde modo de ganhar a vida investindo-se da tarefa de introduzir modos de pensar e falar sobre a relação saúde e sociedade de forma a por em xeque reducionismos ainda vigentes, orientar e instrumentalizar necessárias ações em saúde. O interesse de Everardo encontra-se mais voltado para as questões de natureza pedagógica como motrizes para as transformações. Cecília como intelectual de tipo fichteano, diante da constatada exigência de mudar o mundo, obriga-se a verter sua parcela de contribuição à portentosa tarefa, fazendo-o prioritariamente por meio da adesão às questões de ordem política.

Porém, independentemente das vias pelas quais enveredam, ambos produzem suportes para a construção do pensamento social em saúde. Seria tarefa dos cientistas sociais da saúde não apenas verter produtos a serem incorporados como parcelas do pensamento social em saúde no Brasil, mas também produzir apoios para que outros cientistas contribuam para o progresso desse pensamento. Tanto fala Everardo sobre o social e sobre os desempenhos das Ciências Sociais no campo da saúde que outros intelectuais podem ter na sua obra os arrimos para ensaiar suas próprias contribuições ao pensamento social em saúde, sem partir para a monotonia da repetição.

O mesmo se diz de Cecília de Souza Minayo que colocou a disposição do público uma obra como "*O desafio do conhecimento*", potencializadora para as pesquisas científicas uma vez explicitar os domínios epistemológico, metodológico e operacional que nelas se encerram. Com o propósito de pensar a articulação entre teoria e método aplicados à saúde, Cecília os conjuga à prática e criatividade, reconhecendo o papel da subjetividade no âmbito da ciência. Sem dúvida,

legado que não interrompe a emergência novas pesquisas em saúde, mas as estimulam ao subsidiar o entendimento da relação entre teoria e método e dar reconhecimento à função criadora do ofício intelectual. Em resumo, ambos fazem ciência e como resultado de suas atividade, eles produzem verdades que não restringem o caminho da produção de novas verdades, condição para o progresso científico. Cabendo apenas ressaltar que este não é um atributo exclusivo aos dois autores, mas o sentido que impulsiona a ciência em direção ao progresso e expansão.

Mas se a produção de verdades não eternas estimula o pensamento científico, não encerra, em contraparte, poder o bastante para a transformação do mundo. Não basta encontrar-se com verdades para ver mudado o mundo. Examinando a parte que cabe às palavras na construção e transformação do mundo da saúde eu diria que seu papel encontra-se melhor caracterizada pelo uso da expressão ordenação. Manipulando palavras nossos intelectuais ordenam as coisas da saúde, conferindo-lhe inteligibilidade ao propor estudos que penetram em detalhes de forma corajosa objetivando descobrir mais do que detalhes. Mas a relação entre ciência e ação transformadora é de caráter complexo. A transformação do mundo é evocativa da ciência, mas a ciência não é arena privilegiada para conduzir a transformação do mundo. Tanto Cecília quanto Everardo fazem acréscimos ao pensamento social em saúde no Brasil, ambos lêem suas produções intelectuais como potentes para deflagrar possíveis e necessárias transformações sociais, mas eles não se designam como seus condutores vocacionados. A atividade do pensar permite tocar em muita coisa, mas não confere o poder correlato de transformá-las pelo toque. As idéias para contar com reconhecimento devem ser institucionalmente e socialmente validadas; para que exerçam efeitos sociais devem ser incorporadas por grupos sociais poderosos o bastante para conferir-lhes mais do que mera existência intelectual.

A prática da ciência impõe o reconhecimento da necessidade de passar adiante o bastão, de reconhecer onde cessa o fôlego do intelectual e exigem-se novos fôlegos de membros de outros grupos sociais que continuem os percursos no sentidos originalmente traçados no papel através das palavras. Everardo pensa e lida profissionalmente com a educação de médicos, mas não pode praticar a medicina por eles. Cecília estuda a violência em todas suas formas e particularidades mas não pode ela própria implantar mecanismos sociais para sua contenção. Problemas aparecem quando se exige do cientista social da saúde que ele próprio execute conseqüências lógicas para seu pensamento no sentido da mudança na realidade de oferta e

cuidados de saúde uma vez que o campo da Saúde Coletiva, do qual eles tomam parte prevê conexões entre as dimensões técnica, política e científica.

O pensamento social em saúde não exclui conseqüências lógicas no sentido da emancipação dos homens e transformação do mundo, mas para que exceda à manufatura de palavras e prove valor social nessa direção não basta participar a criação de estruturas institucionais (como foi exemplo o SUS) é preciso contar com cidadãos em número bastante para fazer o bom funcionamento dessas novas instituições. Para isso seria importante uma ciência de acesso mais franqueado. Seria preciso uma ciência despojada de beletrismo, uma ciência que não sendo recheada por canônicas básicas se permitisse inovações e assim libertada de ortodoxias, menos intelectualizada e mais praticável alcançasse e impregnasse os homens, permitindo a constituição de uma comunidade política atuante por intermédio da mudança social da mente.

A irradiação da ciência aos homens, sua prática orientada para esse objetivo seria o que melhor poderia justificar-lhe a existência. Vi homens praticando ciência, enumerei as responsabilidades postas nos seus ombros, ouvi seus desalentos, compartilhei de suas esperanças, notifiquei suas divergências teóricas e ideológicas, atestei suas diferentes combatividades políticas; registrei suas disparidades morais; ouvi suas queixas e conflitos pessoais; assinalei suas contribuições. Eu focalizei homens que fizeram da ciência a principal ocupação de suas vidas e paradoxalmente acabo concluindo pelo que a ciência deveria ser. Talvez porque eu a tenha percebido como insuficiente aos seus praticantes que não dão pausa às críticas a si ou aos seus pares profissionais.

Os intelectuais, quando querem uma linguagem para compor novas idéias são constrangidos pelo *context of situation;* quando querem reconhecimento e reputação se deparam com a competição enraivecida em grupos que se pensam rivais não apenas em termos de poder, mas quanto ao direito de definir as estratégias e verdades para o fazer científico; quando objetivam aproximar-se dos homens reais são limitados pelo ethos científico. E, se eles recusam a filosofia ortodoxa da ciência são acusados de fazer pseudociência. Se acaso veneram o método científico são acusados de apatia política, mas quando se negam a ela são exortados a manter a política longe da ciência. Afinal, como a fábula do velho, do menino e do burro parece difícil fazer todos felizes e o mais complicado nisso tudo: parece estar difícil para o cientista se fazer ele mesmo feliz em meio a tudo o que vive. Desse modo, a mim me parece que a defesa da ciência apartada das estratégias positivistas com definições mais razoáveis de seus métodos e

maior habilidade de promover a mudança social de mentes configura-se em desafios para o século XXI.

Em meio a isso tudo, não é questão de mera vaidade ou zelo corporativo reconhecer que as Ciências Sociais em Saúde provaram tradição, estabilidade e capacidade para conduzir pesquisas importantes ao pensamento social em saúde porque informam como são as coisas do mundo da saúde em sua essência e como se dá a ação humana. Apesar da incapacidade em conseguir uma expressão institucional independente e tendo, mais recentemente, na Saúde Coletiva seu espaço social de florescimento e reprodução profissional, as Ciências Sociais em Saúde demonstraram no curso histórico ter forma, trajetória e força próprias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. *Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores na Área de Ciências Sociais em saúde*. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil -3. RJ: Abrasco, 1984.pp. 145-157.

ABRASCO. Boletim julho/setembro, ano X, 1992. pp.1-12.

ABRASCO. *Curso para Docentes de Ciências Sociais*. In: Boletim Abrasco, n. 4, 1982.

ABRASCO/ COMISSÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE. *Relatório Final de Oficina de Ciências Sociais em Saúde.* Mimeo, 1995. pp.01-27.

ABRASCO. Relatório do II Congresso de Ciências Sociais em Saúde. In: www.abrasco.org.br.

ALMEIDA FILHO, Naomar de & PAIM, Jairnilson. "*Usos e Abusos da Categoria Paradigma no Campo da Saúde Coletiva*". Águas de Lindóia: Abrasco, 1997. Resumos.

ALMEIDA FILHO, Naomar. "*Intersetorialidade, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: Atualizando um Debate Aberto*". In: Revista de Administração Pública 34(6), 2000. pp.11-34.

_____. "*Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*". In: Ciência e Saúde Coletiva II (1/2), 1997a, pp.05-20.

_____. "*Transdisciplinaridade em Saúde Coletiva: Formação ou Subversão (Ou Um Barato?)* In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997b. pp.49-52.

_____. **Epidemiologia sem Números: Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica.** RJ: Ed. Campus, 1989.

ALVARENGA, Augusta Thereza. "Considerações Teórico-Metodológicas Acerca do Discurso de Naomar de Almeida Filho Sobre Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva". *In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997. pp.45-48.*

ALVES, Paulo César & MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico**. RJ: Ed. Fiocruz, 1994.

ALVES, Paulo César & RABELO, Miriam Cristina. "*O Status Atual das Ciências Sociais em saúde no Brasil: Tendências*". In: ALVES, Paulo César & RABELO, Miriam Cristina

(org). **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. pp.13-28.

ALVES, Paulo César. *"A Perspectiva de Análise Social no Campo da Saúde"* In: Canesqui, Ana Maria (org) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais no Campo da Saúde**. SP, RJ: Abrasco-Hucitec, 1995. pp. 63-82.

ANAIS. I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. BH: Abrasco, 1994.

.APEL, Karl-Otto. La **Trasformación de la Filosofia. Tomo II El a Priori de La Comunidad de Comunicación.** Madrid: Taurus, 1985.

ARANTES, Paulo Eduardo. **Um Departamento Francês de Ultramar: Estudos sobre a Formação da Cultura Filosófica Uspiana (uma experiência nos anos 60)**. SP: Paz e Terra, 1994.

ARAUJO, Alceu Maynard. *"Alguns ritos mágicos"*. Revista do Arquivo Municipal de São Paulo, V.CLXI, 1958.pp.42-59.

_____. **Medicina Rústica**. Prêmio Brasiliana (1959). São Paulo: Ed. Nacional, 1979.

ARIÈS, Philippe. **O Homem Diante da Morte**. Vol II. RJ: Fco Alves, 1990.

AROUCA, Sergio. **O Dilema Preventivista: Contribuição e Crítica da Medicina Preventiva.** Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas, 1975.

_____. *"A História Natural das Doenças"*. In: Revista Saúde em Debate, n. 1, 1976. pp.15-19.

_____. *"Implementação da Reforma Sanitária Através do SUDS"*. In: Ver. Saúde em Debate, 1988. pp.49-54.

ASAD, Talal. *"The Concept of Cultural Translation in British Social Antropology"*. In: Clifford, James & Marcus, George (edited) **Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1986. pp.141-165.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *"Deve-se definir Transdisciplinaridade?"* In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997. pp. 36-38.

AZEVEDO, Fernando de. **A Cultura Brasileira**. RJ: Ed. UFRJ, 1996.

_____. *"A Antropologia e a Sociologia no Brasil"*. In: Azevedo, Fernando de (org) **As Ciências no Brasil**. RJ:Ed. UFRJ, 1994.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. *"A historicidade do conceito de causa"*. In: Textos de Apoio. RJ: SDE/ENSP/ABRASCO, 1990. pp 13-30.

BARBOSA, Frederico Simões. *"A Escola de Saúde Pública ao fim deste Século"*. In: Cadernos de Saúde Pública, RJ,, 4 (4):446-450,1988.

BARNES, Barry. *"The Organization of academic of Academic Science: Communication and Control.* In: Barnes, Barry & Edge, David (edited) **Science in Context**. England: The Open University Press., 1982.

BASTOS, Elide Rugai & RÊGO, Walquíria D. Leão. *"A moralidade do compromisso"*. In: BASTOS, Elide Rugai e RÊGO, Walquíria D. Leão (org) **Intelectuais e Política: A Moralidade do Compromisso.** São Paulo: Olho d' Água, 1999, pp. 07-42.

BECKER, Howard. *"De que lado estamos?* " In: **Uma Teoria da Ação Coletiva**". RJ: Zahar, 1977.

BENCHIMOL, Jaime Larry & TEIXEIRA, Luiz Antonio**. Cobras, Lagartos & Outros Bichos: Uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan**. RJ: Editora UFRJ, 1993,

BIRMAN, Joel. *"A Physis da Saúde Coletiva"*. In: Physis Revista de Saúde Coletiva. 1(1), 1991.pp. 07-11.

BLOOR, David. **Wittgenstein: a social theory of knowledge**. University of Edinburg, 1983.

BOBBIO, Norberto. **Os Intelectuais e o Poder: Dúvidas e Opções dos Homens de Cultura na Sociedade Contemporânea**. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

BODSTEIN, Regina Cele de A. *"Ciências Sociais e Saúde Coletiva: Novas Questões, Novas Abordagens"*. In: Cadernos de Saúde Pública, 8(2), 1992. pp.140-149.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e corpo**. RJ: Graal, 1979.

BOMENY, Helena & BIRMAN, Patrícia *"Introdução: As Ciências Sociais no Brasil". In: Bomeny & Birman (org). **As assim chamadas Ciências Sociais: formação do cientista social no Brasil**. RJ;UERJ:Relume Dumará, 1991.pp.09-18.*

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembrança de Velhos**. SP: Cia das Letras, 1994.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Lingüísticas: Ou o que Falar quer Dizer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

_____. *"L'Ilusion Biographique"*. In: Actes de la Recherche en Sciences Sociales. , n. 62/63, 1986. pp.69-72.

_____. "*Concluding Remarks: For a Sociogenetic Understanding of Intellectual Works*". In: Calhoun, Craig; LiPuma, Edward and Postone, Moishe (eds) **Bourdieu: Critical Perspectives**. University of Chicago Press, 1993.

_____. **A Profissão de Sociólogo**. *Petrópolis: Vozes, 1999.*

_____. ***O Poder Simbólico***. *RJ: Bertrand Brasil, 2001.*

_____. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. "*O campo científico*". In: Ortiz, Renato (org) **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983.

_____."*Campo intelectual e projeto criador*". In: Pouillon. **Problemas do Estruturalismo**. RJ: Zahar, 1968. pp.105-143.

BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRANDÃO, Ambrósio Fernandes. **Diálogos das Grandezas do Bras**il. RJ: Industrial Gráfica, 1930.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia, Economia, Política e Saúde.** São Paulo: Editora UNESP-Hucitec, 1991.

BROWN, Barri Anne. "*Anthropology and the Production of Culture*". In: Dialectical Anthropology. Vol. 10, 1985:131-139.

BRUNER, Edward M. "*Ethnography as Narrative*". In: Turner, Victor W & Bruner, Edward M. (edited) **The Anthropology of Experience**. Chicago: University of Illinois Press, 1986. pp.139-155.

BURLANDY, Luciene & BODSTEIN, Regina Cele de A. *"Política e Saúde Coletiva: Reflexão Sobre a Produção Científica (1976-1992)*". In: Cadernos de Saúde Pública, 14 (3), 1998.pp 543-554.

CABRAL, Oswaldo. **Cultura e Folclore**. Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 1954.

_____. "*A Medicina Teológica e as Benzedu*ras". In: Revista do ArquivoMunicipal. Vol. CLX – Ano XXIV, abril/junho de 1957. pp.05-204.

CALDEIRA, Teresa Pires. "*A Presença do Autor e a Pós-Modernidade na Antropologia*". In: Novos Estudos -CEBRAP, n. 21, 1988. pp.133-156.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. "*Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas*". In: Ciência e Saúde Coletiva, 5(2), 2000. pp.219-230.

CAMPOS, Reginaldo. Zaccara & NUNES, Everardo Duarte. "*O ensino das Ciências Sociais nas escolas profissionais da área da saúde no Brasil*". In: Revista de Saúde pública, 10, 1976. pp.383-390.

CANDIDO, Antonio. "*Marxismo e Militância*". In: Praga, Revista de Estudos marxistas. 1:5-26,1996.

_____. **Formação da Literatura Brasileira**. São Paulo: Itatiaia, 1975.

CANESQUI, Ana Maria. " *As ciências sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva*". In: Canesqui, Ana Maria (org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.** São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec- Abrasco, 1995. pp.19-36.

_____. "*Introdução: Os novos rumos das Ciências Sociais e Saúde*". In: Canesqui, Ana Maria (org.) **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 1997. pp.11-30.

CANGUILHEM, Georges. **Lo Normal y lo Patológico**. Buenos Aires: Siglo XX Argentina, 1971.

CARVALHEIRO, José da Rocha. "*Transdisciplinaridade dá um Barato*". In: In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997. pp.21-23.

CARVALHO, Maria Alice Rezende. "*Doutos e Loucos: ensaio sobre a identidade dos intelectuais contemporâneos*". In: Presença – Revista de Política e Cultura, n.16, 1991. pp.81-95.

CASTIEL, Luis David. "*Debate Sobre o Artigo de Almeida Filho: Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*". In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2),

1997. pp. 27-30.

CASTIGLIONE, Arturo. **História da Medicina**. SP: Cia Ed. Nacional, 1947.

Catálogo Brasileiro dos Cientistas Sociais em Saúde. I Encontro Brasileiro de CiênciasSociais em Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. pp.01-58.

CERRONI, Umberto. "*A Missão do Sábio Hoje*". In: Bastos, Elide Rugai & Rego, Walquíria D. Leão. **Intelectuais e política: A moralidade do Compromisso**. SP:Ed. Olho D'Água, 1999.

CERTEAU, Michel de. **A escrita da História**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CINAEM. **Avaliação das Escolas Médicas do Brasil**: Segunda Fase, Primeiro Módulo, 1994

CLIFFORD, James. "*On Ethnographic Surrealism*". In: Comparatives Studies in Society and History: An International Quarterly. Vol.23, n.4, 1981. pp.539-563.

_____. **The Predicament of Culture: Twentieth-Century Ethnography, Literature and Art.** Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 1988.

_____. "*Introduction: Partial Truths*". In: Clifford, James & Marcus, George (edited) **Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1986.

_____. "*On Ethnography Authority*". In: Representations, 2, 1983.

COHEN, G. **Karl Marx's Theory of History: A defence**. Oxford: Clarendom Press, 1978.

COHN, Amélia. "*Conhecimento e Prática em Saúde Coletiva": Desafio Permanente*. In: Saúde e Sociedade, 1(2), 1992. pp. 97-109.

CONSORTE, Josildeth Gomes. "*Thales de Azevedo: Desaparece o Último dos Pioneiros dos Antropólogos Brasileiros de Formação Médica*". In: História, Ciência e Saúde. vol.III, n. 1. RJ: Manguinhos, 1996. pp.133-136.

COPANS, J. **Antropologia, Ciência das Sociedades Primitivas?** Liboa: Edições 70, 1971.

CORDEIRO, Hesio et al. *Evaluación de um curso de ciências sociales aplicadas a la salud: efectos sobre lãs actitudes de estudiantes Del primer año de medicina ante los aspectos preventivos y sociales de la medicina.* In: Educación Medica y Salud. Vol 8, n.1, 1974. pp.56-74.

CORRÊA, Mariza. As **Ilusões da Liberdade: A escola Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil.** Bragança Paulista, BP: EDUSF, 1998.

_____. *"Traficantes do excêntrico: Os Antropólogos no Brasil dos Anos 30 aos anos 60"*. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais. N. 6, vol. 3, 1988. pp. 79-98.

_____. **História da Antropologia no Brasil** (1930-1960). Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1987.

COSTA, Nilson do Rosário. *"Ciências Sociais e Saúde: considerações sobre o nascimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil."* In: Revista Saúde em Debate, n. 36, 1992. pp.58-65.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Cultura e Sociedade no Brasil: Ensaio Sobre Idéias e Formas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

CRAPANZANO, Vincent. *"Life Histories"*. In: American Anthropologist. Vol. 86, n. 4, 1984. pp. 833-965.

_____. *"Hermes' Dilemma: The masking of Subversion in Ethnographic Description"*. In: Clifford, James & Marcus, George (edited) **Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography**.Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1986. pp.51-76.

DA MATTA, Roberto. *"O Ofício do Etnólogo ou como ter Anthropological Blues"*. In: Nunes, Edson de Oliveira (org) **A aventura sociológica**. RJ: Tempo Brasileiro, 1978

_____. *"Relativizando o Interpretativismo"*. In: Corrêa, Mariza e Laraia, Roque (org) **Roberto Cardoso de Oliveira: Homenagem**. Campinas: Unicamp/IFCH, 1992. pp 49-78.

DANTES, Maria Amélia. *"Introdução: Uma História Institucional das Ciências No Brasil"*. In: Dantes, Maria Amélia (org) **Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930.** RJ: Editora Fiocruz. 2001. pp.13-21.

DEBERT, Guita Grin. *"Problemas relativos à utilização da história de vida e história oral"*. In: Cardoso, Ruth (org.). **A aventura antropológica**.Rj: Paz e Terra, 1986. pp.141-156.

DELATTRE, Pierre. *L'interdisciplinaritè Aujourd'hui"*. In: Ediciones du Centre National de la Recherche Scientifique. Paris, 1984. pp. 59-63.

DENZIN, Normam K. **Interpretative Ethnography: Ethnographic practices for 21st century**. London: Sage Publication, 1997.

_____. **The Research Act**. Chicago: Aldine, 1970.

DOMINGUES, Heloisa Maria Bertol. *"O Jardim Botânico do Rio de Janeiro"*. In: Dantes, Maria Amélia (org) **Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930** RJ: Editora Fiocruz, 2001.pp.27-56.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *"A Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: A década de 70."* In: **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. RJ: PEC/ENSP/ABRASCO, 1983. pp39-59.

_____. **Medicina e Sociedade: O Médico e seu Mercado de Trabalho.** SP: Pioneira, 1975.

_____. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades,1979.

DUARTE, Luis Fernando. *"A propósito da novidade dos objetos e realidades nas Ciências Sociais Contemporâneas"*. In: Canesqui, Ana Maria (org.) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. pp.69-78.

DURHAM, Eunice. *Cultura e Ideologia.* In: Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, vol 27, n. 1, 1984. pp.71-89.

DURKHEIM, Emile. **Sociologia e Filosofia.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970.

_____. **Lições de Sociologia**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1983.

_____. *"A sociedade como fonte do pensamento lógico"*. In: Rodrigues, Jose Albertino (org). **Durkheim**. São Paulo: Editora Ática, 1995. pp166-182.

DWYER, Kevin. *"The dialogic of Ethnology"*. In: Dialectical Anthropology. Vol 4, n. 3, 1979:205-224.

_____. *"On the dialogic of field work"*. In: Dialectical Anthropology. 2(2), 1977. pp.143-151.

EDGE, David. *"The culture of Science"*. In: Barnes, Barry & Edge, David (edited) **Science in Context**. England: The Open University Press., 1982.

EDITORIAL. Revista Saúde em Debate, n. 1, 1976.

ELIAS, Paulo E. *"Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil"*. In: Cohn, Amélia e Elias, Paulo E. **Saúde no Brasil**. SP: Ed. Cortez, 1996.pp.57-117.

ELIZABETSKY, Elaine. *"New Directions in Ethnopharmacology"*. In: Journal of Ethnobiology, 6(1), 1986. pp 121-128.

ESCOREL, Sara. **Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário**. RJ: Ed Fiocruz, 1998.

EVANS- PRITCHARD, E.E. *"Antropologia social"*. In: Zaluar, Alba (org). **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de janeiro: Fco Alves, 1990.pp.223-244.

FARIA, L. de Castro. *"Uma Antropologia Social Tupiniquim?"*. In: Comunicações do PPGAS-2. RJ: Museu Nacional. 1989.

FARIA, Lina Rodrigues. "Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária no Brasil e a Atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920).". In: Physis Revista de Saúde Coletiva. Vol 5, n.1, 1995. pp 109-129.

FELIPE, José Saraiva. *"Uma Avaliação da Produção Teórico-Científica da Medicina Social no Brasil"* In: Revista Saúde em debate, n.27, 1989.pp 59-66.

FERNANDES, Florestan. **Folclore e Mudança Social na Cidade de São Paulo**. SP: Ed. Anhambi S/A, 1961.

_____. **A condição de sociólogo**. São Paulo: Hucitec, 1978.

_____. *"USP: Passado e Presente"*. In: Ciência e Cultura, 36(12): 102-117, 1984.

_____. **A Investigação Etnológica no Brasil e Outros Ensaios**. RJ: Vozes, 1975.

_____. **A Universidade Brasileira: Reforma ou Revolução?** SP: Alfa e ômega, 1975a.

_____. **Elementos de Sociologia Teórica**. SP: Ed. Nacional, 1974.

FERNANDEZ, James W. *"Exploded Worlds – Text as a Metaphor for Ethnography"*. In: Dialectical Anthropology. Vol. 10, 1985. pp. 15-26.

FERREIRA, Marcos Artemio Fischborn. **Entre a Norma Institucional e a Ação Coletiva: Uma Arqueologia da Participação Popular em Saúde**. Tese de doutoramento apresentada ao curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 1992.

FICHTE, Johann Gottlieb. *"Sobre a missão do erudito"*. In: BASTOS, Elide Rugai e RÊGO, Walquíria D. Leão (org) **Intelectuais e Política: A Moralidade do Compromisso**. São Paulo: Olho d' Água, 1999, pp. 07-42.

FIELD, Mark G. *"Prefácio"*. In: COHN, Amélia et al (coordenação) **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo: Cortez, 1992. pp.13-16.

FIRTH, Raymond. **Elements of Social Organization**. London, 1951.

FOSTER, George. *"Anthropological resarch Perspectives on Health Problems in Developing Countries"*. In: Social Science and Medicine. Vol.18, n.10., 1984. pp.847-854.

_____. *"Medical Anthropology: Some Contrasts With Medical Sociology*. In: Social Science and Medicine". Vol.9. 1975. pp 427-432.

_____. *"World Health Organization Behavioral Science Resarch: Problems And Prospects"*. In: Social Science and Medicine. Vol 24, n.09. 1987. pp 709-717.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **Microfísica do poder**. RJ. Graal, 1984.

FREIRE COSTA, Jurandir. **História da Psiquiatria no Brasil: Um corte Ideológico**. RJ: Editora Documentário, 1976.

_____. **Ordem Médica e Norma Familiar**. RJ: Edições Graal, 1983.

FRANCO, S. ; NUNES, E.D. ; BREIHL, J. ; LAURELL, A.C. **Debates em Medicina Social.** Whashington:OPAS; Quito:Alames, 1991.

FREITAS, Renan Springer de. *"A que vem uma abordagem pragmática do conhecimento"*. In: VAITSMAN, Jeni & GIRARDI, Sábado (org) **A Ciência e seus Impasses**". Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. pp.53-72.

GARCIA, Juan César. *"Juan Cesar Garcia Entrevista Juan Cesar Garcia"*. In: Nunes, Everardo Duarte (org) As Ciências Sociais na América Latina: Tendências e Perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. pp.21-28.

_____. *"Medicina e Sociedade: As Correntes de Pensamento no Campo da Saúde"*. In: Nunes, Everardo Duarte (org) **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**. SP: Global Ed., 1983. pp 95-132.

_____. *"Aspectos teoricos de las ciências sociales aplicadas a la medicina"*. In: Ed. Med y Salud, 1972. pp.355-359.

_____. *"Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina"*. Educacion Medica y Salud, 5(2), 1971. pp.130-164.

GARFINKEL, H; LYNCH, M & LIVINGSTON, E. *"The work of a discovering science construed with materials from the optically discovered pulsar."* In: Philosophy of the Social Sciences, 11, 1981.pp131-158.

GAY, Peter. **O estilo na história: Gibbon, Ranke, Macauly, Burckhardt**. São Paulo: Cia das Letras, 1990.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. RJ: Zaahar, 1978

_____. **O Saber Local: Novos Ensaios de Antropologia Interpretativa.** RJ: Vozes, 1997.

_____. **Nova Luz Sobre a Antropologia**. RJ: Zahar, 2001.

_____. **Works and Lives: The Anthropologist as Autor**. Stanford University Press, 1988.

GEREZ, J.C.C. & PEDROSA, D.E.O. **Produção de Fármacos: Questão de Sobrevivência**. In: Revista Brasileira de Tecnologia, n. 18, 1987.pp 14-17.

GERHOLM, Tomas & HANNERZ, Ulf. *"Introduction: The Shaping of National Anthropologies"*. In: Ethnos. Vol 47, 1982. pp. 05-35.

GERSCHMAN, SILVIA. **A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária** Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIDDENS, Anthony. **Novas Regras do Método Sociológico**. RJ: Zahar, 1978.

GIOVANELLA, Ligia; Gerschman Silvia Victoria; LABRA, Eliana; VAITSMAN, Jeni. *"Textos de Apoio"*. TEIXEIRA, Sonia Fleury (org) **Antecedentes da Reforma Sanitária,** 1988. pp. 05-70.

GLOCK, Hans-Johann. **Dicionário Wittgenstein**. RJ: Zahar, 1998.

GOLDENBERG, Paulete & SCHENKMAN, Simone. *"Os Egressos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Construindo um Perfil"*. In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997.pp.91-107.

GOLDSCHMIDT, Victor. **A religião de Platão**. SP: Difusão Européia do Livro, 1970.

GRANGER, Gilles-Gaston. **Filosofia do estilo**. SP: Editora Perspectiva, 1975.

GUIMARÃES, Reinaldo. *"Política Científica: Três Fragmentos da Conjuntura"* In: BOMENY, Helena & BIRMAN, Patrícia (org) **As Assim Chamadas Ciências Sociais. Rio de Janeiro**: Relume Dumará, 1991, pp 101-110.

GULBENKIAN, Comissão. **Para Abrir as Ciências Sociais**. São Paulo: Ed. Cortez, 1996.

GUMPERZ, John J. *"Introduction"*. In: Gumperz & Hymes (edited) **Directions in Sociolinguistics.** New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1972.

_____. *Linguistic and Social Interaction in Two Communities*. In: American Anthropologist, 66(6): 137-153, 1964.

HACKER, P. M. S. **Wittgenstein: Meaning and Mind**. vol. 2. Oxford: Blackwell Publishers, 1994.

HASTRUP, KIRSTEN . *"The Reality of Anthropology"*. In: Ethnos. Vol 52:III-IV, 1987. pp. 287-300.

_____. *"The Ethnographic Present"*: A Reinvention. In: Cultural Anthropology. Vol 5(1), 1990. pp.45-61.

_____. *Writing ethnography: State of the art*. In: Okely, Judith and Callaway Helen (org). **Antropology and autobiography**. London: Routledge, 1992. pp.117-133.

HEGENBERG, Leônidas. **A doença: um estudo filosófico.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: As Bases da Política de Saúde Pública.** SP: Hucitec, 1998.

HYMES, Dell. *"Models of the Interaction of Language and Social Life"*. In: Gumperz & Hymes (edited) **Directions in Sociolinguistics.** New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1972.

_____. *"Introduction: Toward Ethnographies of Communication"*. In: American Anthropologist, 66(6):1-34, 1964.

PLANO DIRETOR. I Plano Diretor das Ciências Sociais em Saúde. In: http://www.abrasco.org.br/GT's/diretor.htm; 1997. pp.01-10.

I.B.E. C.C. - Instituto Brasileiro de Educação Ciência e Cultura. **I Congresso Brasileiro de Folclore.** Anais. III vol. RJ: Ministério das Relações Exteriores – Serviço de Publicações, 1951.

IANNI, Octavio. "*A crise dos paradigmas na sociologia*". In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 13, ano 5, 1990. pp.90-100.

JACOBSON, David. **Reading Ethnography**. New York: New York Press, 1991.

JAPIASSU, Hilton. Questões Epistemológicas. RJ:Imago, 1981.

JACOBY, Russel. **Os Últimos Intelectuais: A Cultura Americana na Era da Academia**. São Paulo: Trajetória Cultural/EDUSP, 1990.

JOHANNES, Adell. "*Many Medicines in One: Curing in the Eastern Highlands of Papua New Guinea.*" In: Culture, Medicine and Psychiatry, 4, 1980. pp 43-70.

KAPFERER, Bruce. "*Nationalist Ideology and a Comparative Antropology.*" In: Ethnos, 1989:3-4. pp.161-199.

KLUCKHOHN, Clyde & KELLY, William. *The Concept of Culture*. In: Linton, R (edited) The Science of Man in the World Crisis. New York: Columbia University Press, 1945. pp.78-106.

KNORR- CETINA, K & MULKAY, Michael. "*Introduction: Emerging Principles in Social Studies of Science*". In: Knorr, K. (edited) **Science Observed**. London: Sage Publications td, 1983. pp. 1-15.

KNORR-CETINA, Karin D. *The ethnographic study of scientific work: towards a constructivist interpretation of science*. In: KNORR-CETINA, Karin (org) **Science Observed**. London: Sage publications Ltd. 1983. pp.115-140.

KNORR-CETINA, Karin D. **The Manufacture of Knowledge: An Essay on the Contructivist na Contextual Nature of Science**, Oxford: Pergamon Press, 1981.

KOHUT, Karl. "*Palavra e Poder: Reflexões em Torno ao Intelectual Llatino-americano*". In: KOHUT, Karl (org) **Palavra e Poder: Os intelectuais na Sociedade Brasileira**". Frankfurt am Main: Vervuert, 1991. pp 09-28.

KROEBER, Alfred L. **Anthropology Today: An Encyclopaedic Inventory**. University of Chicago Press, USA, 1953.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1970.

_____. **A Tensão Essencial**. Lisboa: Edições 70, 1977.

KUPER, Adam. **The Invention of Primitive Society: Transformation of an Illusion**. London and New York: Routledge, 1996.

LANDMAN, Jayme. **Evitando a Saúde & Promovendo a Doença**. RJ: Achiamé, 1982.

LATOUR, Bruno & Woolgar, Steve. **A Vida de Laboratório: A Produção dos Fatos científicos.** Rio de janeiro: Relume Dumará, 1997.

LATOUR, Bruno. *"Is it Possible to Reconstruct the Research Process? Sociology of a Brain Peptide*. In: Knorr, K. (edited) **The Social Process of Scientific Investigation**. vol.IV. D. Reidel Publishing Company, 1981. pp.53-76.

LAURELL, Asa Cristina. *Prólogo da Primeira Edição*. In: Breihl, Jaime. **Epidemiologia, Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Ed. UNESP, 1991. pp.09-15.

LAW, J & WILLIAMS, R. *"Putting facts together: A study of scientific persuasion"*. In: Social Studies of Science, vol.12 (4), 1982.pp.535-558.

LEACH, Edmund Ronald. **As Idéias de Lévi-Strauss**. São Paulo: Cultrix, 1970.

_____. **Sistemas Políticos da Alta Birmânia**. São Paulo: Editora da USP, 1996.

LEITE, Miriam Moreira. *"Naturalistas e Viajantes"*. In: História, Ciência e Saúde. vol.I, n. 2. RJ: Manguinhos, 1995. pp.07-19.

LEPENIES, Wolf. *"Anthropological Perspectives in the Sociology of Science"*. In: Mendelson & Elkana (edited) Anthropological and Historical Studies of the Sciences. London: D.Rudel Publishing Company, 1981.pp.245-261.

LEPENIES, Wolf . **As Três Culturas**. São Paulo: EDUSP, 1996.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. *"Saberes e Políticas - A Contribuição do Campo da Saúde Coletiva na Organização da Política de Saúde Brasileira"*. In: Série Estudos de Saúde Coletiva. Rio de janeiro: UERJ, IMS, 2000.pp 05-32.

LÉVI- STRAUSS, Claude. **Tristes Trópicos**. SP: Cia das Letras, 1996.

_____. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1975.

_____. *"A crise moderna da Antropologia"*. In: Revista de Antropologia. Vol. 10, n.1, 1962. pp.20-41.

LINTON, Ralph. *"The scope and Aims of Anthropology"*. In: Linton, R (edited) **The Science of Man in the World Crisis**. New York: Columbia University Press, 1945. pp.03-18.

LÖWY, Michael. **Para uma Sociologia dos Intelectuais Revolucionários**.SP:Lech Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

LUZ, Madel . T. *"Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo Comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica"*. In: Canesqui, Ana Maria (org) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. SP: HuciteC/ FAPESP, 2000. pp.181-200.

_____. *"Produção Científica (1994-1995)"*. In: Avaliação da Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva. RJ: Abrasco, 1996. pp.90-106.

_____. *A produção científica em Ciências Sociais e saúde: notas preliminares.* In:Revista Saúde em Debate, v. 24, n.55, 2000. pp.54-68.

_____. **Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)**. RJ: edições Graal, 1982

_____. *O futuro do ensino das ciências sociais: por uma ética pedagógica.* In: BOMENY, Helena & BIRMAN, Patrícia (org) **As Assim Chamadas Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991, pp. 113-128.

MACHADO, Maria Helena. *"Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico"*. In: Machado, Maria Helena (org.) **Profissões da Saúde: uma abordagem sociológica.** RJ: Editora Fiocruz, 1995. pp.13-34.

MAGALDI, Cecilia & Cordeiro, Hesio. *"O estado atual do ensino e da pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil"*. In: **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil.** RJ: PEC/ENSP/ABRASCO, 1983.pp 39-59.

MAGALHÃES, Jósa. **Medicina Folclórica**. Ceará: Imprensa Universitária do Ceará, 1966.

MALINOWSKI, Bronislaw. *"The Problem of Meaning in Primitive Language"*. In: **Magic, Science and Religion**. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1948. pp.228-276.

_____. *"Objetivo, Método e Alcance desta Pesquisa"*. In"Zaluar, Alba (org). **Desvendando Máscaras Sociais**. Rj: Livraria Fco Alves, 1990.pp.39-62

_____. **Crimen y Costumbre en la Sociedad Salvaje**. Barcelona: Ariel, 1946.

MANNHEIM, Karl. **Ideologia e Utopia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

MARCGRAVE, Jorge. **Historia Natural do Brasil**. São Paulo: Ed. do Museu Paulista,1942. Edição Comemorativa do cinqüentenário da fundação da Imprensa Oficial do Estado de São Paulo.

MARCUS, George & CUSHMAN, Dick. *"Ethnographies as Texts"*. In: Annual Review of Anthropology, II, 1982. pp25-69.

MARCUS, George E. & FISCHER, Michael M.J. **"Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences"**. Chicago/London: University of Chicago Press, 1986.

MARCUS, George. *"Identidades Passadas, Presentes e Emergentes: Requisitos para Etnografias sobre Modernidade no Final do Século XX ao nível Mundial"*. In: Revista de Antropologia. São Paulo, USP. N. 34, 1991. pp.197-221.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **"A Medicalização da Raça: Médicos, Educadores e Discurso Eugênico"**. Campinas: Editora da Unicamp, 1994.

MARSIGLIA, Regina & ROSSI, Selma Spinelli. *"Caracterização do Ensino, Pesquisa e Recursos Docentes da Área de Ciências Sociais nos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil"*. In: **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. pp.61-78.

MARSIGLIA, Regina G. & L' Abbate, Solange. *"Relatório da Oficina: Ensino de Ciências Sociais em Saúde"*. In: In: Nehmy, Rosa Quadros (org). **Anais do I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais**, 1994.pp131-136.

MARTINS, Luciano. *"A gênese de uma inteligentsia"*. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais. vol 2, n. 4, 1987. pp. 65-86.

MARTIUS, Karl Friedrich Philip von. **Natureza, doenças, medicina e remédios entre os índios brasileiros** (1844). SP: Cia Ed. Nacional, 1939.

MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã**. São Paulo: Hucitec, 1986.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política.** São Paulo: Martins Fontes, 1983

MAUSS, Marcel. "*As Técnicas Corporais*". In: Sociologia e Antropologia. Vol.II. SP: EPU, 1974. pp.185-234.

MEAD, Margareth. **Cultural Patterns and Technical Change**. New York: The New American Library, 1955.

MELLO, Carlos Gentile de. **Saúde e Assistência Médica no Brasil**. SP: Hucitec, 1977.

MELO, Manuel Fernando Palácios Cunha. **As Ciências Sociais no Brasil.** Tese de Doutorado apresentada ao IUPERJ. RJ, 1997.

MERLEAU- PONTY, Maurice. **Signos.** RJ: Martins Fontes, 1991

_____. "*De Mauss a Lévi-Strauss*". In: **Merleau-Ponty**. Coleção Os Pensadores. SP: Abril Cultural, 1984.pp.363-376.

MERTON, Robert King. **Sociologia: Teoria e Estrutura**. SP: Ed. Mestre Jou, 1968.

MICELI, Sergio. "*Intelectuais Brasileiros*". In: Miceli, Sergio (org). **O que ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995).** SP; Ed. Sumaré, ANPOCS, CAPES, vol II. 1999. pp.109-146.

_____. "*Condicionamentos do Desenvolvimento das Ciências Sociais*". In: ". In: Miceli, Sergio (org) **História das Ciências Sociais no Brasil/** vol 1. SP: Vórtice Editora/IDESP, 1989.

_____. "*Por uma Sociologia das Ciências Sociais*". In: Miceli, Sergio (org) **História das Ciências Sociais no Brasil/** vol 1. SP: Vórtice Editora/IDESP, 1989.

MIGUEL, Amando. **El Poder de la Palabra: Lectura Sociológica de los Intelectuales em Estados Unidos**. Madrid: Editorial Tecnos, 1978.

MILLS, C. Wright. **A Imaginação Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1969.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. "*Prefácio- Observador, testemunho e autor : uma visão da sociologia da saúde*". In: Nunes, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento**. SP: Hucitec, 1999a. pp.11-16.

_____. **A Saúde em Estado de Choque**. RJ: Ed. Espaço e Tempo/ FASE, 1992.

_____. "*As Ciências Sociais em saúde no Brasil: vida longa e recente relevância*". In: Revista Saúde e debate, v.24,n.55, 2000. pp.44-53.

_____. *"É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública"*. In: Ciência e Saúde Coletiva, RJ 4(1): 7-32, 1999.

_____. *"Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social"*. In: Minayo, M.C.S. & Deslandes, Suely Ferreira (org) **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. RJ: Fiocruz, 2002.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** RJ: Hucitec/Abrasco, 1996.

_____. *"Saúde e Violência na Infância e Adolescência"*. In: Jornal de Pediatria. Vol 70. n. 5, 1994. 00263-265.

_____. **Os Homens de Ferro: Estudo dos Trabalhadores da Indústria Extrativa de Minério de Ferro da Cia Vale do Rio Doce Itabira** –Minas Gerais. RJ: Dois Pontos, 1986.

_____. *"Prefácio: Sobre a Complexidde da Implementação do SUS"*. In: Silva, Silvio Fernandes da **Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Polticas**. RJ:Hucitec, 2001. pp.21-44

_____. *"Prefácio: Exercício de Paternidade, Sintese entre Tradição e a Inovação"*. In: Silveira, Paulo. Exercício de Paternidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.pp.XI-XV.

_____. *"Prefácio"*. In: Gauthier, Jacques Henri Maurice Pesquisa em Enfermagem: Novas Metodologias Aplicadas. RJ: Guanabara Koogan, 1998, pp.1-2

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; DESLANDES, S.F.; RAMOS, E.R. *"Possibilidades e Dificuldades nas relações entre Ciências Sociais e Epidemiologia"*. In: Ciência e Saúde Coletiva. Vol.8. n. 1, 2003.

MOISÉS, Leila Perrone. **Roland Barthes.** SP: Brasiliense, 1983.

MONTEIRO, Paula. **Da Doença à Desordem: A Magia na Umbanda**. RJ: Edições Graal, 1985.

MORA, Jose Ferrater. **Diccionario de Filosofia**. Tomo II, L-Z, Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1975.

MORAES, Nilson Alves. *"Transdisciplinaridade, Saúde Coletiva e História"*. In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997.pp 31-35.

MUNZ, Peter. *"O convite de Wittgenstein à pós-modernidade"*. In: VAITSMAN, Jeni & GIRARDI, Sábado (org) **A Ciência e seus Impasses**". Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. pp.21- 42.

Notes and Queries on Antropology. BRITISH ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE. London: Kamp Hall Press, 1929.

NOVAES, Marlene Rodrigues de. **A Caminho da Farmácia: Pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia.** Dissertação de Mestrado –Universidade estadual de Campinas, 1996.

NUNES, Everardo Duarte et al. *" Relatório Final – Oficina: A contribuição dos cientistas sociais na construção do campo da saúde".* In: Nehmy, Rosa Quadros (org). **Anais do I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais**, 1994.pp. 137-151.

NUNES, Everardo Duarte & COSTA, Péricles Silveira da. *"Os cursos de Saúde Coletiva no Brasil – Mestrado e Doutorado: Um Estudo Sobre Disciplinas Básicas"*. In: Ciência e Saúde Coletiva II (1/2), 1997.pp.72-90.

NUNES, E.D.; HENNINGTON, Elida Azevedo; BARROS, Nelson Felice; MONTAGNER, Miguel Ângelo. "O Ensino das Ciências Sociais nas Escolas Médicas: Revisão de Experiências". In: Ciência & Saúde Coletiva. vol.8. n.1. RJ: Abrasco, 2003a

NUNES, Everardo Duarte. *"Esboço Histórico da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil". In: Avaliação da Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva.* RJ: Abrasco, 1996. pp. 15-31.

NUNES, Everardo Duarte. " Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral". In: Nunes, Everardo Duarte (org.) **As Ciências Sociais em Saúde na América latina: Tendências e Perspectivas.** Brasília: OPAS, 1985.

_____. *"Ciências Sociais e saúde: revisão histórica e levantamento atual".* In: **Pesquisa Social em Saúde.** São Paulo: Editora Cortez, 1992.pp.25-52.

_____.**Sobre a Sociologia da Saúde: Origens e Desenvolvimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

_____. *"Editorial"*. In: Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 8. n.1. RJ:Abrasco, 2003c.

_____. *"A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais."* In: Canesqui, Ana Maria (org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.** São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco, 1995.pp.95-114.

_____. *"As Ciências Sociais em saúde: Reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento".* In: Saúde e Sociedade, 1 (1), 1992a. pp 59-84.

_____. *"Ciências Sociais em Saúde no Brasil: Notas para sua História"*. In: Educ. Méd. Salud, 2(2), 1987.pp.106-116.

_____. **Juan César Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina**. SP:Cortez, 1989.

_____. *"Saúde Coletiva: História de uma Idéia e de um Conceito. In: Saúde e Sociedade"*, 3(2), 1994. pp.05-21.

_____. *"A Sociologia da Saúde nos Estados Unidos, Grã Bretanha e França: Panorama Geral"*. In: Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 8. n.1. RJ:Abrasco, 2003b

_____. *"Editorial"*. In: Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 8. n.1. RJ:Abrasco, 2003c

OLESEN, Virginia L. *"Convergences and Divergences: Anthropology and Sociology in Health Care"*. In: Social Science and Medicine. vol 9, 1975, pp.421-425.

OLIVEIRA, Jaime A. *"Uma Escola de Saúde Pública para os anos 90"*. In: Cadernos de Saúde Pública, RJ, 5 (4): 361-364, 1989.

OLIVEIRA, Lucia Lippi. *A institucionalização do ensino das Ciências Sociais*. In: BOMENY, Helena & BIRMAN, Patrícia (org) **As Assim Chamadas Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991, pp.53-56.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O Trabalho do Antropólogo**". SP: Ed. Unesp, 2000.

_____. *"O saber, a ética e a ação social"*. Conferência de Abertura do Seminário "A pesquisa Social no Norte e no Nordeste: o Papel das Instituições de Investigação Científica", Recife, outubro de 1989.

ORTIZ, Renato. *"Notas sobre as Ciências Sociais no Brasil"*. In: Novos Estudos Cebrap, .27, 1990. pp 163-175.

PAIM, Jairnilson & ALMEIDA FILHO, Naomar de. *"Saúde Coletiva: Uma Nova Saúde Pública ou Campo Aberto a Novos Paradigmas? "* In: Revista de Saúde Pública, 32 (4), 1998. pp. 299-316.

PAIM, Jairnilson Silva & ALMEIDA FILHO, Naomar. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. *"A Formação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva: Contribuição da Residência em Medicina Preventiva e Social"*. In: Rev. Brasileira de. Educação Médica. RJ 9(2), 1985. pp.88-94.

_____. *"Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, Crises e Perspectivas."* In: Revista Saúde em Debate, n.11, 1981.pp 57-59.

_____. *'Saúde Coletiva: Contribuição da Residência em Medicina Preventiva e Social."* In: Revista Brás. De Ed. Médica, 9(2), 1985. pp.88-94.

PAULA, Sergio Góes de. *"Um Inventário Pioneiro de Biografias para Historiadores da Ciência"*. In: História, Ciência e Saúde. vol.IV, n. 1. RJ: Manguinhos, 1998. pp.127-144.

PEIRANO, Mariza G. S. "**A favor da etnografia**". RJ: Relume-Dumará, 1995.

_____. **Uma Antropologia no Plural: Três Experiências Contemporâneas**. Brasília: Ed. UNB, 1992.

_____. *"Os Antropólogos e suas Linhagens"*. In: Correa, Mariza (org) e Laraia, Roque (orgs) **Roberto Cardoso de Oliveira: Homenagem**. Campinas: Unicamp/IFCH, 1992. pp.31-48.

PEIRANO, Mariza G. S. *"O Encontro Etnográfico e o Diálogo Teórico"*. In: Anuário Antropológico/85. Riode Janeiro: tempo Brasileiro, 1986.

_____. *"Antropologia no Brasil (Alteridade Contextualizada")*. In: Miceli, Sergio (org) **O que Ler na Ciência Social Brasileira** (1970-1995). SP: Ed. Sumaré, p.225-266, 1999.

PEIXOTO, Afrânio. **Higiene**. RJ: Francisco Alves, 1917.

_____. **Um Século de Cultura Sanitária**. SP: Biblioteca do Estado de São Paulo, 1923.

PELLEGRINI FILHO, Americo & SANTOS, Yolanda Lhulier. **Antropología Cultural e Folclore.** SP: Ed. Olimpika, 1989.

PEREIRA, José Carlos de Medeiros. **A Explicação Sociológica na Medicina Social.** Tese de Livre-Docência, FM/USP, Ribeirão Preto, 1983.

PEREIRA, Luiz. *Capitalismo e Saúde*. In: Donnangelo, Maria Cecília F. **Saúde e Sociedade** São Paulo: Duas Cidades,1979.

PERFIL DOS MÉDICOS NO BRASIL: RELATÓRIO FINAL. Machado, Maria Helena (coord). RH: Fiocruz/CFM/MS/PNUD, 1996

PIMENTA, Tânia Salgado. "*Barbeiros-Sangradores e Curandeiros no Brasil (1808-1828).*" In: História, Ciência, Saúde. Vol V92), 1998,pp.350-373.

PISO, Guilherme. **Historia Natural do Brasil Ilustrada**. SP: Cia Editora Nacional, 1948.

PORTOCARRERO, Vera. "*Transdisciplinaridade em Saúde Coletiva: Tópicos Filosóficos Complementares*". In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997. pp. 39-44.

POSSAS, Cristina. **Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

PRADO JÚNIOR, Caio. **História Econômica do Brasil**. SP: Brasiliense, 1994.

PRADO, Bento. **Alguns Ensaios**. SP: Max Limonad, 1985.

PRESS, Irving. "*Problems in the definition and classification of medical systems*". In: Social Science and Medicine, 14B, 1980.pp.45-57

PRICE, Richard. **First-Time: The Historical Vision of an Afro-American People**. Baltimore: John Hopkins University Press, 1983.

PROGRAMA DO VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. Salvador/ Bahia, 2000.

QUEIROZ, Maria Isaura. **Introdução ao Estudo da Sociologia no Brasil.** SP: Instituto de estudos Brasileiros, 1971.

RABINOW, Paul & SULLIVAN, William M. "*Introdution: The Interpretative Turn: Emergence of an Approach*". In: Rabinow, P & Sullivan, W (edited) **Interpretative Social Science: A Reader**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1979. pp. 01-38.

RABINOW, Paul. "*Discourse and Power: On the Limits of Ethnographic Texts*". In: Dialectical Anthropology. Vol. 10, 1985. pp.01-13

_____. **Reflections on Fieldwork in Morocco**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1977.

_____. *"Representations are social facts: Modernity and Post-Modernity in Anthropology."* In: Clifford, James & Marcus, George (edited) **Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1986. pp. 234-261.

REGIMENTO. Regimento Interno do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. FCM –Unicamp.

REIS, Elisa Pereira; REIS, Fábio Wanderley e VELHO, Gilberto. *As Ciências Sociais nos Últimos 20 Anos: Três perspectivas.* In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 12, n.25, 1997. pp.07-28.

REIS, Fabio Wanderley. *"O Tabelião e a Lupa: Teoria, Método Generalizante e Idiografia no Contexto Brasileiro"*. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, n.16, 1991.pp.27-42.

_____. *As Ciências Sociais nos Últimos 20 Anos: Três perspectivas.* In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 12, n.25, 1997. pp.07-28.

RESTIVO, S. *"Some Perspectives in Contemporary Sociology of Science"*. In: Science, Technology and Human Values, 35. pp. 22-30.

RIBAS, João Batista Cintra. **O Brasil é dos Brasilianos: Medicina, Antropologia e Educação na Figura de Roquete-Pinto**. Dissertação de Mestrado. Campinas: Unicamp, 1990.

RIBEIRO, Darcy. **A Universidade Necessária**. RJ: Paz e Terra, 1982.

RIBEIRO, João. **O folclore**. RJ: Org. Simões Ed., 1919

RIBEIRO, Joaquim. *"Introdução: A Orientação Doutrinária de João Ribeiro"*. In: Ribeiro, João. **O folclore**. RJ: Org. Simões Ed., 1969.pp 11-23.

RIBEIRO, Lourival. **Medicina no Brasil Colonial.** RJ: Editorial Sul Americana, 1971.

RIBEIRO, René & HUTZIER, Celina Ribeiro. *"A Institucionalização da Antropologia cultural na Universidade Federal de Pernambuco."* In: BOMENY, Helena & BIRMAN, Patrícia (org) **As Assim Chamadas Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991, pp. 69-78.

RODRIGUES, Nina. *"A classe Medica e a Administração Sanitária no Brazil e nos Estados Unidos"*. In: Gazeta Médica da Bahia. Março/abril , 1892. pp.425-449.

_____. **Mestiçagem, Degenerescência e Crime**. Tradução em mimeo feita pelo IFCH-Unicamp, de Métissage, dégénéréscence et crime. Archives d'Antropologie Criminel. 1899.

_____. *Os serviços de hygiene púlica nos Estados Brasileiros*. In: eta Médica da Bahia. Ano XXIII, 1891a. pp.441-445.

_____. A *Organisação do serviço sanitário no Brazil*. In: Gazeta Médica da Bahia. Ano XXII, n. 3, setembro de 1891b. pp. 97-108.

ROSALDO, Renato. *"Grief and an Headhunter's Rage: On the Cultural Force of Emotions"*. In: Bruner, E. M (edited) **Text, Play, and History**.Washington, DC: American Ethnological Society, 1984. pp178-195.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, 1994

_____. **Da Polícia Médica à Medicina Social: Ensaios Sobre a História da Assistência Médica**. RJ: Graal, 1980.

ROTH, Paul. "*Ethnography without tea*rs". In: Current Anthropolgy, vol.30, n.5, 1989. pp.555-569.

RUNYAN, William McKKinley. **Life Histories and Psychobiography: Explorations in Theory and Method**. NewYorkk-Oxford: Oxford University Press, 1984.

SÁ MENEZES, Jayme de. **Medicina Indígena (na Bahia).**Salvador: Livraria Progresso editora, 1957.

SANTOS FILHO, LICURGO. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo:Hucitec 1977.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Pela Mão de Alice: O Social e Político na Pós-Modernidade**. São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, Luiz Henrique Lopes dos. *"A essência da proposição e a essência do mundo"*. In: Wittgenstein, Ludwig **Tractatus Lógico-Philosophicus**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.pp.11-128.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Ordem burguesa e Liberalismo Político**. São Paulo:Duas Cidades,1978

SARTRE, Jean Paul. **O escritor não é político?** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1971.

SARTRE, Jean-Paul.: **Que es la Literatura?** Buenos Aires: Editorial Losada, 1957. pp.07-24.

SCHÄFER, Wolf. *"Finalization in perspective: toward a revolution in the social paradigm of science". In:* ***Social Science Information****. 1B, 6 (1979) pp: 915-943*

SCHMIDT, Helmut. *"O mundo: configurações flutuantes"*. In: Velloso, João Paulo dos Reis & Martins, Luciano (orgs.) **A nova ordem mundial em questão.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

SCHWARTZMAN, Simon. **A Formação da Comunidade Científica no Brasil**. SP: Ed. Nacional; RJ: Financiadora de Estudos e Projetos, 1979.

_____. **Ciência, Universidade e Ideologia: A Política do Conhecimento**. RJ: Zahar, 1981.

SCHWARTZMAN, Simon *"O lugar das Ciências Sociais no Brasil dos Anos 90."* In: BOMENY, Helena & BIRMAN, Patrícia (org) **As Assim Chamadas Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991a. pp.79-100.

SCOTCH, Norman. *"Medical Anthropology."* In Biennial Review of Anthropology. Stanford, California: Stanford University Press, 1963. pp: 30-68.

SEVALHO, Gil. *"Contribuição ao Debate do Artigo de Naomar de Almeida Filho"*. In: In: Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997. pp.24-26.

SEVCENKO, Nicolau. **Literatura como Missão: Tensões Sociais e Criação na Primeira República**. SP;Brasiliense, 1985.

SILVA, Maria Beatriz Nizza. *"O Pensamento Científico no Brasil na Segunda Metade do Século XVIII"*. In: Ciência e Cultura 40(9), 1988.pp.859-868.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado. **Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde.** RJ: Forense Universitária, 1981.

SORJ, Bernardo. **A construção intelectual do Brasil contemporâneo**. RJ: Jorge Zahar Editor, 2001.

SOUSA, Gabriel Soares de. **Tratado Descritivo do Brasil em 1587**. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1938.

SPENCER, Jonathan. *"Anthropology as a Kind of Writing."* In: Man. Vol 24, number 1, 1989:145-164.

SPOLSKY, Bernard. **Sociolinguistics**. Oxford: Oxford University Press, 1998.

STEPAN, Nancy. **Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a Política de Investigação Científica e Médica.** RJ: Artenova, 1976.

STOCKER, Karen et ali. *"The exportation of managed care to Latin America"*. In: Health Policy Report. The New England Journal of Medicine. vol.340, number 14, Massachusetts Medical Society, 1999

STOCKING JR, George W. **Observers Observed: Essays on Ethnographic Fieldwork**. Wisconsin:The University of Wisconsin Press, 1983.

STRATHERN, Marilyn. *"Out of Context: The Persuasive Fictions of Anthropology"* In: Current Anthropology. Vol. 28, n.3, 1987. pp.251-281.

TAMBELLINI AROUCA, Ana Maria. *"Medicina de Comunidade: Implicações de uma Teoria"* In: Revista Saúde e Debate. N. 1, 1976. pp.20-23.

TAVARES DE ALMEIDA, Maria Hermínia. *"Dilemas da Institucionalização das Ciências Sociais no Brasil"*. In: Miceli, Sergio (org) **História das Ciências Sociais no Brasil**. Vol I, SP: Vértice, Ed. Dos Tibuinais, IDESP, 1989.pp.188-216.

TEDLOCK, Dennis. *"A tradição Analógica e o Surgimento de uma Antropologia Dialógica."* In: Anuário Antropológico/85. RJ: Tempo Brasileiro, 1986. pp.183-263.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; NORONHA, Ceci Vilar. *"O Ensino da Medicina Social na Graduação.* In: Revista Bras. Educação Medica, RJ, 18(1), 1994. pp.1-48.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. *"As Ciências Sociais em Saúde no Brasil"* In; Nunes, Everardo Duarte (org) **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas.** OPAS/OMS, 1985. pp87-109.

_____. *"A Questão Democrática na Saúde"*. In: Teixeira, Sonia Fleury (org) **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES.** SP: Lemos Editorial, 1997.pp.25-44.

_____. *"As Bases Conceituais da Reforma Sanitária"*. In: Teixeira, S. F. (org) **Saúde e Democracia: A Luta do Cebes.** SP: Lemos Editorial, 1997a. pp.11-24.

_____. *"As reflexões teóricas sobre a democracia e a reforma sanitária"*. In: Fleury Teixeira (org.) **Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria**. Ed.Corez/Abrasco, 1995. pp.17-46.

TORRES, Mario Brandão. *"A Escola Nacional de Saúde Pública e a Preparação Profissional"*. In: Revista brasileria de Educação Médica. Vol. II, n. 2, 1978. pp. 43-52.

TRAGTENBERG, Mauricio. **Sobre Educação, Política e Sindicalismo**. São Paulo: Cortez, 1982.

VAUGHAN, Diane. **The Challenger Launch Decision: Risky, Technology, Culture and Deviance at NASA.** Chicago University Press, 1996.

VELHO, Gilberto. *"Observando o Familiar"*. In: Nunes, Edson Oliveira (org) **A Aventura Sociológica**. RJ: Zahar, 1978.

_____. *As Ciências Sociais nos Últimos 20 Anos: Três perspectivas*. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 12, n.25, 1997. pp.07-28.

VELHO, Otávio. *"De novo, os valores?"* In: Corrêa, Mariza e Laraia, Roque (org) **Roberto Cardoso de Oliveira: Homenagem**. Campinas: Unicamp/IFCH, 1992. pp 49-78.

_____. *"Algumas Considerações sobre o Estado Atual da Antropologia"*. In: Antropolítica, 1(1):103-113, 1995.

VIACAVA, Francisco & LEITÃO, Célia. *"Difusão da Produção Científica dos Cursos de Pós-graduação em Saúde Coletiva"* In: Avaliação da Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva. RJ: Abrasco, 1996. pp. 107-119.

VIANNA, Luiz Werneck; CARVALHO, Maria Alice Rezende e MELO, Manuel Palácios Cunha. *"Cientistas Sociais e Vida pública: O Estudante de Graduação em Ciências Sociais"*. In: Revista Dados. Vol. 37. n. 3, 1994.

VIGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

VILHENA, Luís Rodolfo. **Projeto e Missão: O Movimento Folclórico Brás ilerio 1947-1964**. RJ: Funarte: Fundação Getulio Vargas, 1997.

_____. *"Os intelectuais regionais: os estudos de folclore e o campo das Ciências Sociais nos anos 50."* In: Revista Brasileira de Ciências Sociais. N.32, 1996.pp 125-149.

VILLAS BOAS, Gláucia. *A tradição renovada.* In: Bomeny, Helena & Birman, Patricia (org.) **As Assim Chamadas Ciências Sociais**. RJ: UERJ:Relume Dumará, 1991

WEBER, Max. *O sentido da "neutralidade axiológica" nas Ciências Sociais e Econômicas.* In: Weber, Max. **Metodologia das Ciências Sociais,** parte 2. SP: Cortez, 1995. pp.361-398.

WHEEN, Francis. **Karl Marx**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

WHITLEY, Richard. "*The Context of Scientific Investigation*". In: Knorr, Karin D; Krohn, Roger and Whitley Ricard (eds) **The social process of Scientific Investigation: Sociology of the sciences**, Vol. IV, D. Reidel Publishing Company, 1981.

_____. "*The Establishment and Structure of Sciences as Reputacional Organizatin*". In: Elias, Norbert; Martins, Herminio and Whitley, Richard (eds), **Scientific Establishments and hierarchies: Sociology of the Science**, vol VI, D. Reidel Publishing Company, 1982.

_____. **The Intellectual and the Social Organization of Science.** New York: Oxford University Press, 1984.

WIRTH, Louis. *Prefácio.* In: Mannheim, Karl. **Ideologia e Utopia**. Riode Janeiro: Zahar Editores, 1976. pp.09-28.

WITTGENSTEIN, Ludwig. **Tractatus Logico-Philosophicus**. São Paulo:Editora da Universidade de São Paulo, 1993.

_____. **Investigações Filosóficas**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

WOOLGAR, Steve. "*Irony in the Social Study of Science*". In: Knorr, K. (edited) **Science Observed.** London: Sage Publication Ltd., 1983. pp.239-266.

_____. "*Reflexivity is the Ethnographer of Text*". In: Woolgar, Steve (edited) **Knowledge and Reflexivity: New Frontiers in the Sociology of Knowledge**. London: Sage Publications Ltd., 1988.

_____. "*Laboratory Studies: a comment on the state of the art*". In: Social Studies of Science, n.12, 1982. pp395-422.

ZENZEN , M. & RESTIVO, S. *The misterious morphology of immiscible liquids: a study of scientific practice*. In: Social Science Information, vol.21(3). 1982. pp 447-473.

Anexo I.: Produção Intelectual de Maria Cecília de Souza Minayo.

I.1. OBRAS CONSULTADAS

Em se tratando dos textos consultados para dar reconhecimento à produção intelectual da pesquisadora, agrupei-os em categorias conforme as marcas centrais de suas preocupações fossem:

I.1.A: **Violência.**

I.1.B: **Ciência, Método, Conhecimento, Interdisciplinaridade.**

I.1.C: **Trabalhadores, Formação e Consciência Operária.**

I.1.D: **Saúde Coletiva, Saúde Pública.**

I.1.E: **Ciências Sociais em Saúde.**

I.1.F: **Saúde-Doença; Meio Ambiente e Qualidade de Vida.**

I.1.G: **Serviços de Saúde e/ou Políticas Públicas e Sociais.**

I.1.H: **Idosos e Envelhecimento.**

I.1.A: VIOLÊNCIA

A.1 MINAYO, M. C. S. *"Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde"*. In: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife: , v.1, n.2, p.91 - 102, 2002.

Síntese: Considerando violência contra a criança e adolescente todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, a autora empreende o seu estudo. Aborda as expressões da violência e examina a violência estrutural, violência intra-familiar, e violência infanto-juvenil.

A.2 MINAYO, M. C. S. *"A abordagem da violência na formação médica"*. In: Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: , v.XIX, n.3, p.11 - 28, 1995.

Síntese: O objetivo do artigo é colocar a questão do impacto da violência

sobre a saúde no campo da educação e formação médica. O interesse da autora foi sensibilizar profissionais dessa área sobre a importância desse problema sócio-epidemiológico que figura como segunda causa de morbi-mortalidade no país, figurando apenas abaixo das doenças cardiovasculares. O artigo também se preocupa em apontar a urgência de formação de especialistas em emergências, reabilitação e gestão dos serviços voltados, todos, generalistas e especialistas para a prevenção e promoção da saúde.

A.3 MINAYO, M. C. S. *"A violência social sob a perspectiva da saúde pública"*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.X, n.1, p.7 - 18, 1994.

Síntese: Trata-se de análise da questão da violência social sob o ponto de vista da Saúde Pública. Partindo do princípio que a violência faz parte da própria condição humana, nela se reconhecem características que trazem para o debate questões fundamentais, em formas particulares e questões sociais individualmente vivenciadas. Desse modo, é oferecida uma classificação geral da violência que permite não reduzi-la ao mundo da delinqüência: *violência estrutural, violência de resistência, violência da delinqüência.* Da perspectiva da Saúde Pública, a violência tornou-se tema de interesse em fins da década de 80, uma vez que dado seu crescimento alarmante na região das Américas demonstrou contribuir para os anos potenciais de vida perdidos, de forma a demandar respostas do sistema. A autora observa que a violência vem sendo tratada nas investigações do campo da Saúde Pública através dos estudos de Mortalidade, sendo esparsos os sistemas de informação sobre Morbidade. A conclusão do artigo merece reprodução: *"na sua maioria, os eventos violentos e os traumatismos não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser prevenidos e evitados"*. Por isso a autora encaminha propostas para a prevenção da violência.

A.4 MINAYO, M. C. S. *"Inequality, violence and ecology in Brazil"*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.X, n.2, p.241 - 250, 1994.

Síntese: O trabalho é dedicado a estudar a articulação entre desigualdade, violência e ecologia. Nota-se estreita interligação entre eles, de modo a influenciarem-se mutuamente. A autora demonstra como miséria, pobreza e violência afetam o meio ambiente e atuam destruindo a cultura e a convivência.

A.5 MINAYO, M. C. S. *"O extermínio: violentação e banalização da vida"*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.X, n.1, p.199 - 212, 1994.

Síntese: O interesse contido no trabalho é conceituar o extermínio como fenômeno público de modo a trazê-lo para o campo da Saúde Pública. O artigo começa diferindo extermínio de homicídio. Extermínio refere-se a um fenômeno social de alta complexidade que no Brasil é comandado por duas idéias: a de limpeza social e de população supérflua. O extermínio, na

qualidade de dinâmica social, é visto pela autora como resultado dos conflitos humanos gerados pela negação do outro, do diferente e da utopia da igualdade. A negação da igualdade se revela na crescente acumulação de renda nas mãos de pequenos grupos, deixando a uma grande maioria a perspectiva de sobreviver em meio à pobreza. De tal modo, a autora conclui que o extermínio representa negação.

A.6 MINAYO, M. C. S. *O exercício da paternidade,* ***Síntese*** *entre a tradição e a inovação* In: SILVEIRA, Paulo **Exercício da Paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 2-10.

Síntese: Este texto é um prefácio ao livro. Minayo orienta o leitor para a leitura do livro, ensina os caminhos e o que esperar dos capítulos. O volume, escrito por diferentes profissionais, reflete sobre o exercício da paternidade e Minayo não deixa de apresentar suas reflexões sobre o assunto. Lembra o papel do homem na sociedade e associa ao livro a informação de que são os homens os autores principais e as vítimas preferenciais dos eventos conflituosos que terminam em mortes, lesões e traumas. Lembra também, que estudos sobre a violência sobre crianças e adolescentes que tematizam abandono infantil, violência física, violência sexual, consumo abusivo de drogas, delinqüência juvenil contém históricas de pais física e psicologicamente ausentes ou cujo único método de relações é a violência interpessoal. Outros comentários são feitos, para posteriormente deter atenção à problemática do pai ausente.

A.7 MINAYO, M. C. S. *"O ventre perverso da mãe-rua: meninos e meninas de rua - expressão paradigmática da violência social brasileira"*. In: LEAL, Maria do Carmo et al (org): **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992, p. 279-295.

Síntese: O capítulo de elaboração de Minayo trata da problemática dos meninos e meninas de rua, retomando dados da pesquisa *"Perfil Nacional dos Meninos e Meninas de Rua"* realizada pela equipe do CLAVES para o Ministério da Saúde. Seu argumento principal é que o fenômeno - Meninos e Meninas de Rua - interfere em duas construções culturais milenares ao se instituir enquanto realidade cultural em si. Isso se dá, segundo a autora, na medida em que o fenômeno denuncia a transferência da família para a rua a tarefa institucional da casa e do lar. E em acréscimo, a expulsão das crianças do lar subverte o lugar da infância, tornando crianças prematuramente provedoras da sua própria subsistência. Após um percurso analítico que parte do desenvolvimento do conceito de Meninos e Meninas de Rua, ressaltando-se sua natureza preconceituosa, a autora passa examinar a realidade dos meninos e meninas de rua a partir de trabalho qualitativo realizado junto a 122 crianças e 53 famílias de áreas metropolitanas de todas as regiões do Brasil. Conclui-se que a problemática dos Meninos e Meninas

de Rua afigura-se como fenômeno urbano, típico das grandes cidades. O artigo traz dados e reflexões importantes sobre eles. Segundo dados do UNICEF tem havido um crescimento do fenômeno desde a década de 80, quando então se estimava cerca de 25 a 40 milhões de indivíduos vivendo em tal situação. O vulto do problema motiva sua autora reconhecer as razões que levam crianças a serem expulsas do lar, permitindo reconhecer a causa econômica como motriz. E no entanto, as famílias tendem a acusar as próprias crianças pela saída do lar por problemas de rebeldia ou pessoais.

A.8 MINAYO, M. C. S. **Política nacional de Redução da Morbimortalidade dos Acidentes e Violências**, 2001.

Síntese: Este trabalho de Minayo atende ao interesse do Ministério da Saúde de estabelecimento de uma **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** A referida política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, contemplando-se medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. Trata-se de um trabalho que responde à necessidade de definição no setor saúde de uma política decisiva no sentido da redução da morbimortalidade por acidentes e violências.

A.9 MINAYO, M. C. S. "*Violência na adolescência: um grave problema de saúde pública*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.VI, n.3, p.278 - 292, 1990.

Síntese: Minayo analisa a problemática da violência na adolescência. Segundo dados da OMS, causas externas constituem a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos (46,5%) e dos jovens de 15-29 anos (64,4%), demonstrando se tratar de fenômeno extremamente relevante do ponto de vista social e da saúde pública. Dados considerados "*estarrecedores*", pela autora, foram apresentados e no entanto, percebe-se que deixam várias interrogativas: quem está morrendo, quem está ficando inválido e doente pelas causas externas? Como isto está ocorrendo? Por essa razão a autora investiga perfis das vítimas e conclui que ela é preferencialmente: "*jovem não-branco, pobre, sexo masculino, idade média de 15-18, residente nas periferias ou favelas urbanas, assassinado, geralmente por projétil arma de fogo e denominado 'marginal' nos registros policiais*". A investigação segue ainda detalhando outras dimensões relevantes do assunto. A pesquisadora destaca a importância de adequarmos instituições, recursos humanos e prioridades para atender às mudanças no quadro geral da mortalidade, e dentre elas da mortalidade por causa externas.

A.10 MINAYO, M.C.S. "*Violência Social e Saúde: Uma Discussão Interdisciplinar*" In: II Taller Latino Americano de Medicina Social.

Venezuela: Ediciones Rectorado, 1991.

Síntese: Debater a questão da interdisciplinaridade com vistas a sua produtividade para a análise da questão da violência é o que motiva a execução deste trabalho. Aqui a autora envereda pela discussão da interdisciplinaridade, localizando-a no debate corrente produzido por filósofos reconhecidos pela sua crítica ao funcionalismo e à fragmentação da ciência: Gusdorf; Japiassu, Castoriadis e Habermas, autores destacados por Minayo em razão de: *"partir para a crítica incondicional à fragmentação do conhecimento, à institucionalização e aprisionamento do saber nas universidades e a crescente valorização de "per si" da razão técnica."* A autora retoma a tese de Habermas, entendendo-a como aquela capaz de oferecer uma pista de racionalização da questão. Por tal motivo Habermas situa-se como grande interlocutor neste trabalho. Eivada de otimismo, a autora aposta num projeto interdisciplinar, que possa desembocar numa práxis social comunicativa e dialética entre a filosofia, ciência e a vida.

A.11 MINAYO, M. C. S. **Violência Contra a Criança e o Adolescente: Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência Doméstica**. Brasília: MS. SASA, 1997.

Síntese: Trata-se de volume produzido pelo Ministério da Saúde, envolvendo diversas instituições e entre elas o CLAVES, na figura de alguns de seus membros. Minayo figura dentre os membros do grupo de trabalho de execução do material. Fica claro seu engajamento em ações políticas voltadas à prevenção da violência. O referido material faz o delineamento de uma proposta preliminar de prevenção e assistência frente à violência contra o segmento infanto-juvenil da população. O texto é reconhecido como um passo inicial em direção ao estabelecimento de princípios norteadores para que os serviços de saúde enfrentem a questão, definindo ações voltadas para a prevenção e assistência, com especial destaque à saúde materno-infantil.

A.12 NJAINE, Kathie, MINAYO, M. C. S. *"Análise do discurso da imprensa sobre rebelião de jovens infratores em regime de privação de liberdade"*. In: Ciência e Saúde Coletiva. 7(2):285-297, 2002

Síntese: O artigo escrito em parceria, utiliza-se da análise do discurso para checar informações produzidas pela imprensa sobre rebeliões e fugas de adolescentes em conflito com a lei. Foram examinados três jornais cariocas: O Dia; O Globo e Jornal do Brasil com o fito de identificar como a mídia escrita apresenta esses jovens à sociedade. A conclusão é que a mídia atua fortalecendo a visão negativa e incriminadora destes jovens, na medida em que os apresenta como associados a animais, seres de natureza perversa, nocivos à saúde, sujeitos sem recuperação, desumanos, com agressividade incontrolada, podendo contribuir com ações mais violentas contra esse grupo.

A.13 MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. R., MALAQUIAS, J. V. "*Suicide among young people in selected Brazilian state capitals*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.18, n.3, p.673 - 683, 2002.

Síntese: Utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, a autora analisa o comportamento suicida de jovens de 15-24 anos, no período de 1979-1988. Observa que o suicídio ocupa o 6º lugar de mortalidade por causas externas. E em razão dessa importância destacada a autora examina diversos aspectos vinculados à sua incidência e características, buscando aprofundar o conhecimento do suicídio.

A.14 MINAYO, M. C. S., ASSIS, Simone Gonçalves de, DESLANDES, Suely Ferreira, SILVA, Kleber Henrique. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde** , Brasília:MS, 2002.

Síntese: Trata-se de trabalho editado pelo Ministério da Saúde (Brasília – DF) que teve como elaboradores membros da equipe do CLAVES, com coordenação de Minayo. Trata-se de um trabalho de caráter impar: um manual escrito especialmente para o profissional de saúde visando: *"oferecer um instrumento de trabalho que contribua para ampliar seus conhecimentos sobre um dos obstáculos mais sérios para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes brasileiros – a violência intrafamiliar e todas as formas de maus tratos*", além de: *"apresentar proposta de criação de um sistema de notificação e de atendimento ao problema dos maus-tratos"*. Apresenta-se a violência um sério problema social que causa agravos à saúde. O conceito de maus-tratos é utilizado como sinônimo da violência social contra meninos e meninas no interior das famílias ou fora delas. Tenta-se conscientizar os profissionais da saúde e de educação sobre sua importância. O artigo é escrito em tom acessível e consegue efetivamente sensibilizar sobre o problema. Dados importantes são oferecidos: *"a violência e os acidentes juntos constituem a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira; nas idades de 1 a 9 anos, 25% das mortes são devidas a essas causas e entre 5 a 19 anos é a primeira causa entre todas as mortes ocorridas nessas faixas"*. Discorre-se sobre sevícias físicas, síndrome do bebê sacudido, abuso sexual, abuso psicológico, síndrome de Munchausen por procuração (situação definida pelos médicos que a estudaram na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas que apresenta são inventados ou provocados por seus pais e responsáveis). No que diz respeito à questão da notificação, o trabalho começa por um estudo da própria questão da notificação para em seguida reafirmar a importância de sua incorporação na rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais.

A.15 MINAYO, M. C. S., GOMES, R, FONTOURA, H. "*A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde*". In: Revista de Saúde Pública. São

Paulo: , v.XXXIII, n.2, p.171 - 179, 1999.

Síntese: O objetivo é analisar as representações sociais e as relações estruturais em torno da prostituição infantil contidas nos depoimentos prestados à Comissão Parlamentar de Inquéritos instaurada pela Câmara Federal dos Deputados com propósito de apurar responsabilidades pela exploração e prostituição infanto-juvenil e que teve funcionamento de maio de 1993 a março de 1994. Os depoentes nas sessões da CPI eram: membros de instituições governamentais e não governamentais, grupos ligados à defesa dos direitos das crianças, voluntários e profissionais que trabalhavam com crianças sexualmente exploradas e/ou meninos e meninas que vivem nas ruas, líderes religiosos, jornalistas e radialistas, juízes, promotores públicos, policiais, representantes de ministérios e secretaria de Estados, membros de órgão públicos internacionais, a exemplo do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Para a análise dos depoimentos, a autora utilizou a proposta apresentada em *Desafio do Conhecimento* a qual integra aspectos da análise temática de Bardin e princípios da concepção de Habermas caracterizada pelo empenho em captar "*núcleos de sentido*". Os resultados da pesquisa indicaram que a prostituição infantil feminina configura-se de formas distintas nas regiões brasileiras, porém há certas características comuns perpassando as diferenças regionais as quais tornaram-se objeto de interesse e análise. A pergunta chave para análise foi: *que questões centrais o conjunto de depoimentos da CPI revela sobre o imaginário social e o contexto nacional, influenciando comportamentos, atitudes e práticas sobre o tema da prostituição infantil?* As questões emergentes foram analisadas como núcleos de sentido extraídos das proposições que compuseram o discurso coletivo na Comissão. Foi destacado desse discurso seu repudio e indignação frente a este processo o qual revela uma sociedade injusta, adultocêntrica e machista.

A.16 MINAYO, M. C. S., MACHADO, C., LIMA, L. D., DESLANDES, Suely Ferreira. "*Prevenção primária dos maus tratos na infância*". In: Jornal Brasileiro de Ginecologia. Rio de Janeiro: , v.CIV, n.1-2, p.35 - 42, 1994.

Síntese: Considerando que os maus-tratos consistem em grave problema social que vem sendo reconhecido como questão de saúde pública, Minayo conduziu uma investigação sobre o pré-natal da Maternidade-escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com o objetivo de averiguar o nível de informação dos profissionais daquele serviço acerca da questão da violência doméstica contra a criança. A pesquisa apontou que os profissionais reconhecem a possibilidade de diagnóstico de fatores de risco e admitem a possibilidade de sucesso de realização de ações preventivas a serem encaminhadas no período gestacional.

A.17 MINAYO, M. C. S., ASSIS, Simone Gonçalves de. "*Saúde e violência na*

infância e na adolescência". In: Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro: , v.LXX, n.5, p.263-267, 1994.

Síntese: O objetivo do artigo é divulgar aos profissionais da saúde dados sobre a questão da violência contra a criança e adolescentes, fazendo sua problematização. Apresentam-se resultados de pesquisa empreendidos pelo CLAVES a pedido do Ministério Público e da União. Conclui o trabalho: *"buscar prevenir e atuar num tema tão complexo como da violência suscita imediatamente um sentimento de perplexidade nos profissionais envolvidos diretamente no atendimento de crianças e adolescentes vitimizados. O setor saúde é um dos que vem tentando responder ao problema. Embora a sensação de impotência e imobilismo sejam as parceiras mais freqüentes dos profissionais que atuam na ponta"*.

A.18 MINAYO, M. C. S., ASSIS, Simone Gonçalves de. "*Violência e saúde na infância e na adolescência: uma agenda de investigação estratégica*". In: Saúde em Debate. Curitiba: , v.XXXIX, n.3, p.58 - 63, 1993.

Síntese: Expor as principais preocupações do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES) acerca da violência sobre as crianças e adolescentes na sociedade brasileira situa os objetivos do trabalho. Segundo sua autora, o estudo sobre violência e saúde encontra-se pautado na lógica da investigação estratégica, visando subsidiar ações do Sistema de Saúde. O artigo busca a articulação de dois importantes componentes para a área de atuação do sistema de saúde: uma *pauta de investigação* e *dados que a justifique,* no que diz respeito à violência e seus impactos na saúde. A violência é entendida como: *"fenômeno gerado nos processos sociais, levando as pessoas, grupos, instituições e sociedades a se agredirem mutuamente, a se dominarem, a tomar à força a vida, o psiquismo, os bens e/ ou o patrimônio alheio*". Minayo distingue formas de violência: estrutural, violência cultural, violência da resistência e violência da delinqüência, explicitando cada uma delas. Para analisar a violência social brasileira e seus componentes, o CLAVES lança mão do conceito de Causas Externas do CID e o transcende na articulação que faz por meio das Ciências Humana e Sociais e das abordagens filosóficas. A defesa é pela **pesquisa estratégica sobre violência**, aquela que fincada nos rigores da pesquisa básica busca lançar luz sobre determinados aspectos da realidade com a finalidade de subsidiar políticas públicas. Após examinar características e questões importantes vinculadas à própria pesquisa em violência junto a crianças e adolescentes, a relação entre violência e saúde infantil, a violência doméstica sobre a infância e adolescência a violência na rua sobre esta mesma população, a autora conclui que a equipe de trabalho do CLAVES entende que são suas tarefas gerar dados e análises interdisciplinares, de forma a articular suas pesquisas com os serviços próprios à área de saúde, educação segurança, socializando o conhecimento adquirido com o movimento por Direitos e Defesa da

Cidadania.

A.19 MINAYO, M. C. S., SOUZA, Edinilsa Ramos de. "*Violência para todos*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.IX, n.1, p.65 - 77, 1993.

Síntese: A partir de dados do Ministério da Saúde, consolidados pelo Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública, no período 1980-1988, a autora investiga a questão da violência no Brasil. O trabalho assume preponderantemente o tom descritivo ao apresentar a mortalidade proporcional, taxas de mortalidade por causas externas segundo sexo, idade, grupos específicos de causas externas, tipos de homicídios e acidentes de trânsito. A questão dos homicídios, como o mais significativo gerador de mortes, ganha atenção especial. A contribuição mais significativa do trabalho, segundo meu parecer, é situar reflexões sobre a questão da transição epidemiológica no Brasil que, ao longo da década de 80 assumiu o perfil de mortalidade por *"doenças do desenvolvimento"* de tal modo que neoplasias, causas externas, doenças do aparelho circulatório passaram a ser as principais causas de óbitos. Os dados apresentados indicam que nas grandes capitais, no período de 1980-1988, as mortalidades por causas externas (acidentes, suicídios e homicídios) representaram mais de 10% dos óbitos ocorridos. No Rio de Janeiro, a mortalidade por causas externas no sexo masculino é a segunda causa de morte e corresponde a 18,2%, e entre o feminino cai para 4,7%. Diante de dados de natureza tão dramática, a autora questiona: *"o que aconteceu com a sociedade brasileira que, no início dos anos 60, mobilizava-se pela maior participação e integração social dos seus jovens e, na década de 80, adota como prática social a eliminação de crianças e adolescentes?* A autora enfrenta essa questão, apresentando alternativas e nisso faz contribuição importante.

A.20 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M., DESLANDES, S. "*A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.XIV, n.1, p.35 - 42, 1998.

Síntese: O propósito do artigo é levantar questões metodológicas para a investigação, prevenção e intervenção da saúde pública na articulação entre drogas e violência. Dados apresentados foram obtidos a partir de pesquisa do CLAVES, efetuada por Deslandes (1997), acerca do impacto da violência nos serviços de emergência de dois hospitais do Rio de Janeiro: Hospital Municipal Miguel Couto e Hospital Municipal Salgado Filho. Foi constatado que dos 2.736 atendimentos por todas as causas externas realizados em maio de 1996 no Miguel Couto, 343 (13%) envolveram o uso de drogas. No Salgado Filho, de 2192 atendimentos ocorridos em junho de 1996, 295 (12,6%) tiveram alguma droga relacionada à sua ocorrência. O álcool configurou-se como a droga mais consumida: 88% (Salgado Filho) e 90,7% (Miguel Couto). Outros dados importantes são apresentados. A partir disso encaminha-se reflexão sobre a violência social, que em virtude de suas

conseqüências, enquadra-se na categoria Causas Externas. Na Classificação Internacional das Doenças (CID) tal categoria abrange uma longa lista de eventos que podem ser resumidos como homicídios, suicídios e acidentes em geral. A autora faz a crítica a essa classificação que, segundo ela, nem de longe consegue dar conta da dimensão e complexidade da violência, fenômeno polissêmico e de explicação contraditória. A imersão bibliográfica da autora é competentíssima e a revisão que faz sobre o assunto é sua prova. Minayo consegue convencer sobre a complexidade do fenômeno da violência em sua articulação com as drogas e da exigência de seu enfrentamento fora da mera representação ou do moralismo simplista. A conclusão é que as ações de prevenção precisam ser elaboradas incluindo as comunidades e suas instituições, os diversos setores públicos (Educação, Saúde e Justiça), as empresas e os meios de comunicação de massa. Posturas, habilidades e alternativas de lazer podem ser categorias trabalhadas em ação de prevenção, sugere a autora. Para finalizar, considera-se que as ações de prevenção ao abuso de drogas só alcançarão eficácia se houver investimento significativo e de qualidade na educação básica, melhora das condições de vida, oferta de empregos especialmente para jovens nas comunidades mais pobres, reforço cultural nos valores que desfavoreçam a drogadição abusiva e valorização do diálogo e apoio familiar.

A.21 MINAYO, M. C. S. ET AL. **Fala Galera: Juventude, Violência e Cidadania no Rio de Janeiro**. RJ: Garamond, 1999 p.238.

Síntese: Trata-se de um livro onde comparecem dez pessoas para a execução. A obra traz por objetivo promover a compreensão da situação, problemas e projetos dos jovens do Rio de Janeiro, São abordadas questões como: lazer, relações entre pares, vivências familiares e escolares; questões de construção de cidadania como direitos civis, sociais, políticos, preconceitos e discriminações; visão e experiência da violência urbana em seus aspectos: estrutural, relacional, simbólico, institucional e a influência da mídia, sua espetacularização e relação com a violência. A motivação do livro foi a percepção da falta de discussão mais ampla destinada a reconhecer as causas da violência entre jovens e identificar e dar respostas às demandas, necessidades e inquietações dessa população e da ausência de mecanismo institucionais de expressão e protagonismo da nossa juventude, além da falta de políticas que possibilitem acesso e oportunidade para todos os jovens do país.

A.22 MINAYO, M. C. S. (ORG) **O Limite da Exclusão Social**. SP: Hucitec, 1993

Síntese: Trata-se de um livro de organização de Minayo. A introdução e primeiro capítulo são de responsabilidade dela. Na introdução, nota-se o conceito ampliado de saúde permite analisar o processo de deterioração das condições de vida da população de baixa renda – de onde se originam as crianças de rua – na década de 80 e as tendências para os anos 90. Diante

disso, a autora cuida de esquadrinhar a atual situação de pesquisas sobre o assunto. O primeiro capítulo, tem o cuidado de traçar o perfil dos meninos e meninas de rua do ponto de vista sócio-econômico e cultural, com especial atenção para seus problemas de condições de vida, familiares, educacionais e sanitários.

A.23 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. "*A violência: termômetro social*". Médicos. , v.II, n.8, 1999.

Síntese: Minayo oferece neste artigo uma reflexão sobre o impacto da violência e dos acidentes sobre a saúde da população brasileira e sobre o setor saúde. Há esforço por esclarecer o fenômeno da violência a partir de seus enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas. Tomando a violência como questão social de intensa pluralidade e complexas etiologias que desafia os estudiosos, argumenta-se que dentre suas várias expressões a mais preocupante, hoje no Brasil, é o crescimento no número de homicídios e da violência difusa que alimenta e é alimentada por um imaginário de medo e insegurança. Dados importantes são apresentados: *"em 1995, mais de 70% dos jovens mortos por policiais ou executados por membros de gangues não tinham antecedentes criminais, possuíam ocupações marginais ou eram estudantes: eram pobres e viviam em bairros pobres"*. A autora reconhece que a violência converteu-se num problema de saúde pública. Conclusão importante foi apresentada: *"Do ponto de vista social, o contrário da violência não é a não violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo"*.

A.24 MINAYO, M. C. S., SOUZA, Edinilsa Ramos de. "*O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80"* In: MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80** ed. SP / RJ: Hucitec, 1995, p. 87-116.

Síntese: O objetivo das autoras é analisar o impacto da violência social no campo da saúde pública por meio da descrição e análise dos dados de mortalidade por essa causa na década de 80. As autoras informam que, ao longo dos anos 80, a violência representou a perda de 850.307 pessoas, a grande maioria morta precocemente, em plena idade produtiva. Vários outros dados são apresentados, tendo sido obtidos junto ao Ministério da Saúde, Estatísticas de Mortalidade e Organização Mundial da Saúde. A análise dos dados concentra-se nas "causas externas": homicídios e acidentes de trânsito. Ressalta-se seu crescimento associado ao agravamento das condições sociais e desigualdades no Brasil da década de 80 que atuaram no aprofundamento da violência estrutural. Outras análises são oferecidas no que respeita ao narcotráfico, aos crimes de colarinho branco, atuação de grupos de extermínio, etc. As autoras não se restringem apenas às análises e apresentam indicações para sua prevenção.

A.25 MINAYO, M. C. S. & SOUZA, Edinilsa Ramos de. *"É possível prevenir a violência* In: Ciência Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.IV, n.1, p.7 - 32, 1999.

Síntese: As autoras refletem sobre as possibilidades e dificuldades de previr a violência. Alguns conceitos são explicitados: prevenção, promoção da saúde e violência. O artigo cuida de explicitar a natureza histórica da violência, procurando apoio em Arendt,. Em se tratando da prevenção da violência concluem, as autoras, que se trata de uma possibilidade contemplada no Relatório Lalonde, o qual permite integrar o tema da violência no âmbito das políticas e propostas de mudanças sociais e ambientais.

A.26 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. *"Violência e saúde na produção intelectual brasileira"* In: **Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde.** ed. RJ: Fiocruz, 1990.

Síntese: Trata-se de um livro escrito sob coordenação de Maria Cecília de Souza Minayo, reunindo membros do CLAVES e que contou com patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A publicação conta com uma introdução feita por Minayo que tem o cuidado de situar a questão da violência e seus estudos no Brasil. Após a realização de uma revisão bibliográfica sobre a Violência e Saúde na Produção Intelectual Brasileira, os autores passam a tecer comentários sobre a produção intelectual por área para depois aprofundar questões teórico-metodológicas que marcam o trabalho. Na seqüência são sugeridas algumas observações de relevância e de encaminhamento acerca da temática da violência no campo da saúde. As áreas abrangidas foram; Epidemiologia, Demografia, Medicina, Psicanálise, Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, Antropologia, Jornalismo, Serviço Social, Economia, Direito, Filosofia, Teologia, Ecologia, e Etologia.

A.27 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M., SOUZA, E. *"Violência e saúde como um campo interdisplinar e de ação coletiva"*. In: História, Ciência Saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro: , v.IV, n.3, p.513 - 531, 1998.

Síntese: Os destaques do artigo, que enfoca a violência, são para a complexidade da reflexão sobre a temática e sua abertura para trabalhos interdisciplinares. A reflexão sobre a questão decorre dos estudos teóricos e empíricos desenvolvidos no CLAVES que, pelo esforço da autora, são convertidos em temas de debate e ações de proteção à saúde. O caráter desafiante da temática violência é ressaltado via consideração dos sanitaristas: *"sanitaristas freqüentemente manifestam estranheza ao se depararem com um fenômeno social que causa agravos à saúde, mas não se enquadra com facilidade nos esquemas habituais das disciplinas da saúde coletiva na tradição de um ofício mais voltado para o campo das doenças e sua determinação social"*. Diante disso, a autora ressalta a complexidade,

polissemia e controvérsias da questão violência. A conclusão é pela urgência de interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e ação pública. Argumenta-se que o princípio da cooperação deve prevalecer sobre a competição institucional, oposição entre teoria e prática e hierarquia disciplinar. A autora reconhece que antes de ser um problema intelectual, a violência é uma questão da práxis sócio-política.

A.28 MINAYO, M. C. S., NJAINE, K., SOUZA, E., MINAYO, M. "*A produção da desinformação sobre a violência: análise de uma prática discriminatória*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.XIII, n.3, p.405 - 414, 1997.

Síntese: Uma reflexão crítica acerca da qualidade da informação sobre violência no Brasil edifica o estudo. As fontes primárias fornecedoras de dados: Secretarias de Segurança Pública e Polícia Civil e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde foram examinadas. Muitos problemas foram identificados com referência às informações sobre violência no Brasil. O artigo conclui pela má qualidade dos registros sobre violência e despreparo dos profissionais para apresentar dados ou alterar o estado atual da apresentação de informações. As informações sobre violência são caracterizadas como contendo desqualificação, uma vez que faltam dados sobre identificação do agressor, tipo de evento ocorrido, realização de exames, ocupação e instrução da vítima e local de ocorrência do evento. Nota-se ainda, que o serviço que tais instituições prestam aos usuários é marcado pelo controle, uma vez que as informações são tratadas como de domínio privado e não como prestação de serviços à coletividade.

A.29 MINAYO, M. C. S. "*A autoviolência como objeto da sociologia e problema de saúde pública". In:* Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.XIV, n.2, p.421 - 428, 1998.

Síntese: O tema do artigo é o suicídio. Duas pretensões o caracterizam: a primeira é configurar-se como comentário ao artigo produzido por E. D. Nunes (1998) sobre "*O Suicídio*", a célebre obra de Durkheim; a segunda, discutir o suicídio no campo da saúde pública, analisando as contribuições de Durkheim, as abordagens epidemiológicas e das áreas da psicologia, psiquiatria e psicanálise. A autora observa que no Brasil, as taxas de suicídio são mais ou menos constantes. No período de 1979-1995, o suicídio foi a 6° causa de morte na faixa etária de 15-24 anos nas regiões metropolitanas. Outros dados significativos são registrados. Como consideração final, Minayo reafirma que seu propósito não foi identificar causas ou diagnosticar tratamentos específicos para a questão suicídio e ressalta que as análises atualmente feitas levam a pensar que não se devem desmembrar as diferentes formas de violência – a não ser como finalidade analítica – fenômenos que configuram hoje a segunda causa de mortalidade no país. E, por outro lado, não se pode considerar apenas os dados aglomerados para medir a relevância

do problema do suicídio. Por isso a autora diz: *"Entender as tendências autodestrutivas da sociedade através de suas altas taxas de homicídio, suicídio e acidentes fatais de trânsito e de trabalho, é princípio de caminho a ser trilhado por todos os que acreditamos que os impulsos de vida podem ser mais fortes que os causadores de morte".*

I.1.B: CIÊNCIA, MÉTODO, CONHECIMENTO, INTERDISCIPLINARIDADE.

B.1 MINAYO, M. C. S. "*Teaching and learning science: a dialectic and complex relationship*". In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: , v.95, In:.Suppl. I, p.66 - 69, 2000.

Síntese: A autora oferece uma reflexão sobre o ensino da ciência, uma vez notar que existem poucas pesquisas versando sobre a arte de ensinar ciência e muito raramente tais pesquisas são voltadas para prática. Duas observações nortearam o trabalho: a primeira centrada na questão*: o que pretendemos ao introduzir alguém no mundo da ciência?* a segunda, como desdobramento da primeira, aponta para a importância de incluir o currículo em uma visão mais interativa e dinâmica de produção de conhecimento e aplicação. Segundo a autora, o melhor treinamento na ciência não é aquele que incorpora mais conteúdo. Seria preciso evitar levar o aluno a aprender nada de quase tudo ou quase tudo sobre o nada. A autora conclui que a melhor formação que se pode oferecer aos alunos é aquela que combina formação disciplinar, formação cultural e as necessidades específicas de cada estudante. Fato que levaria a regular os excessos e tentar estimular a criatividade tanto quanto possível.

B.2 MINAYO, M. C. S. "*Interdisciplinaridade. Uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido*". In: Medicina. Ribeirão Preto: , v.XXIV, n.2, p.70 - 77, 1991.

Síntese: O artigo é uma reflexão sobre a aplicação do conceito de interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública. Partindo do pressuposto que nenhuma disciplina isoladamente é capaz de dar conta do objeto saúde e doença no seu âmbito social, a autora levanta questões intrigantes: "*como o biológico expressa o social?; como o social se realiza no biológico? Como as peculiaridades individuais mediatizam o caráter da reação humana aos estímulos externos?"* E, entendendo-as como algumas das questões presentes no campo da Saúde Pública que apontam para sua complexidade, Minayo reconhece a necessidade da interdisciplinaridade como exigência interna ao campo, mais do que externa. Seu argumento é que a interdisciplinaridade só pode ser construída dentro de uma visão sócio-filosófica capaz de fazer a crítica ao funcionalismo e fragmentação da concepção tradicional e, ao

mesmo tempo, articular uma axiomática comum a um conjunto de disciplinas. E desse modo, é preciso considerar que a mera reunião de especialistas de diversas disciplinas, como tem sido freqüente desde a década de 70, não garante um avanço no conhecimento interdisciplinar. A contribuição mais marcante do trabalho, segundo meu ponto de vista, é o empenho por pensar a interdisciplinaridade a partir de uma teoria geral da racionalidade humana. Para tanto, a autora recorre a Habermas através de sua *Teoria do Agir Comunicativo*. Como conclusão Minayo oferece uma crítica decisiva sobre a razão técnica que, desarticulada das muitas razões sócio-históricas e culturais abafadas pelo saber biomédico fragmentário, comanda a área da saúde sendo responsável pelo grande descalabro, do ponto de vista humanista, do sistema de saúde. A autora também ressalta a existência de obstáculos à interdisciplinaridade concedendo à sua análise envergadura objetiva. Aportes teóricos para a construção do trabalho são buscados junto a Gusdorf, Japiassu, Castoriadis e Habermas.

B.3 MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. SP: HUCITEC, 2000 p.269.

Síntese: Trata-se de obra também publicada em espanhol, sob título: El Desafio Del Conocimiento. Buenos Aires: Editorial Lugar, 1998. Uma análise deste título está disponível no corpo desta tese.

B.4 MINAYO, M. C. S. *"Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social"* In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade ed. RJ/Petrópolis: Vozes, 1999, v.14, p. 9-30.

Síntese: Trata-se de um livro de organização de Minayo dedicado a introduzir os jovens na aventura da pesquisa social. Considera-se teoria, método e criatividade como três ingredientes que combinados produzem conhecimento e dão continuidade à tarefa dinâmica de sondar a realidade e desvendar segredos. O livro conjuga dois momentos: um mais teórico e outro mais técnico. A organizadora escreve a apresentação e o primeiro capítulo *"Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social"*. Neste capítulo seu interesse é refletir sobre a pesquisa social, destacando as Ciências Sociais e suas características.

B.5 MINAYO, M. C. S. *"Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos"*. In: LIMA e COSTA, Maria Fernanda e SOUSA, Rômulo PAES **Qualidade de Vida e Compromisso Histórico da Epidemiologia**. BH: Coopmedi/Abrasco, 1993, p. 25-33.

Síntese: Aborda-se a questão do "*quantitativo*" e "*qualitativo*" do ponto de vista filosófico e teórico metodológico, buscando fundamentar as práticas teóricas próprias ao campo da saúde, enquanto parte da realidade social, a

partir de três questões básicas: o peso simbólico na realidade da saúde e doença; o conceito de qualidade e de qualitativo na abordagem social e por conseqüência da saúde; a comunicação e as potencialidades dos dois conceitos pra ao campo da saúde. O argumento é que a saúde e doença não se reduzem a uma experiência orgânica, biológica e objetiva, mas que a doença é também uma realidade construída e o doente um personagem social. Minayo busca importantes apoios teóricos para o desenvolvimento de suas idéias em Granger, em seu trabalho sobre modelos quantitativos e qualitativos, razão pela qual o expõe analiticamente. As conclusões apontam para existência de complementaridade entre os dois métodos, reconhece que a pesquisa quantitativa pode conduzir o investigador à escolha de um problema particular a ser analisado em toda sua complexidade, através de métodos e técnicas qualitativas e vice versa; ressaltam-se os méritos da análise quantitativa para o reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos. Do ponto de vista epistemológico outras conclusões também são apresentadas.

B.6 MINAYO, M. C. S. *"Prefácio: a quem serve o método?"* In: GAUTHIER, Jacques Henri Maurice **Pesquisa em Enfermagem: Novas Metodologias Aplicadas.** RJ: Guanabara Koogan 1998, p. 4-8.

Síntese: O Prefácio escrito por Minayo ao livro de Gauthier concede-lhe a oportunidade de debater a ciência e método. Ressalto as palavras finais de Minayo que representam três advertências: *"não reifique nenhum método, trate-o como um caminho do pensamento", como diria Habermas: "para compreender os sujeitos em situação de saúde e doença, busque combinar abordagens, observando sempre que qualquer tentativa será apenas aproximação do real: entenda qualquer investigação na área da saúde como um tema complexo e, se for possível, trate-o de forma interdisciplinar e multiprofissional".*

B.7 MINAYO, M. C. S. & CRUZ NETO, O. *"Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud".* In: Bronfman, Mario & Castro, Roberto (coord). **Salud Cambio yPolíticas** ed. México: Edamex, 1999, p. 65-80.

Síntese: O artigo constitui-se numa proposta para avaliação de programas e serviços de saúde, articulando abordagens qualitativa e quantitativa. Os autores procedem a uma revisão bibliográfica sobre a questão da avaliação de serviços, para em seguida discutir o conceito de *"avaliação por triangulação de método"*, entendendo-a como aquela que integra à análise das estruturas, dos processos e resultados, a compreensão de todos os atores envolvidos na implementação da ação e a visão que esse conjunto de atores constroem sobre o projeto: seu desenvolvimento e as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto específico. A questão da triangulação de métodos é referida

como tendo larga tradição nas ciências sociais seja por motivos práticos ou razões epistemológicas, as quais os autores cuidam de explicitar. O artigo segue comentando uma experiência prática de aplicação da triangulação de método na análise de 17 Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). A investigação conseguiu apontar os êxitos do programa e estabelecer critérios de excelência para os serviços a parir da lógica e dos significados do conjunto de atores envolvidos no processo de construção social. Trata-se de um trabalho de orientação aplicada que tem como principais apoios metodológicos a discussão acumulada sobre método e triangulação de métodos. Habermas e Morin foram importantes interlocutores para o trabalho.

B.8 Minayo, M. C. S. "*Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social*" In: Minayo, M. C. S. & DESLANDES **Os Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método.** RJ: Ed. Fiocruz.

Síntese: Oferecendo-nos este capítulo, Minayo acredita estar cumprindo uma dívida aberta com o *Desafio do Conhecimento*: dar maior aprofundamento a hermenêutica-dialética como método de análise qualitativa, ou melhor, de análise das ciências humanas e sociais. A questão que a entretém é o "*pensar*". Duas questões concentram os esforços da autora: a subjetivação do objeto e a objetivação do sujeito. A problematização da questão é rica e começa pelo enfrentamento dos conceitos chave: hermenêutica e dialética. Após ter examinado e ressaltado as contribuições e limites de ambos os conceitos, a autora conclui pela compensação de suas fragilidades por meio das combinações. De modo a concluir que a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais e apontam benefícios para os estudos sobre saúde e doença.

B.9 MINAYO, M. C. S., SANCHEZ, O. "*Quantitativo & qualitativo: oposição ou complementaridade?*". In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: v.IX, n.3, p.239 - 262, 1993.

Síntese: O trabalho é escrito em parceria com um bioestatístico. Tendo sido objeto de debate nos *Seminários Avançados de Tese*, uma das atividades curriculares do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública, os métodos quantitativos e qualitativos foram analisados sob a ótica de profissionais com formações acadêmicas diferentes. Inicialmente se examina a abordagem quantitativa sem proceder à sua particularização ao campo da Saúde Coletiva, examinando-se especificamente sua evolução. Posteriormente, o método qualitativo é posto sob enfoque, ressaltando-se o social como um mundo de significados passível de investigação e a fala como matéria prima dessa abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais. Considera-se que o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos O artigo conclui ressaltando

que se tratam de métodos de natureza diferente, porém complementares. Reconhece-se a importância de suas combinações para efeito da condução de pesquisas produtivas. Importantes aportes teóricos foram buscados junto a Bakhtin e Habermas.

B.10 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. *"O conceito das representações sociais na sociologia clássica"* In: **Textos sobre Representações Sociais** ed. RJ/ Petrópolis: Vozes, 1994, p. 57-67.

Síntese: O trabalho aborda o viés através do qual autores como Durkheim e seus seguidores; Weber e a escola fenomenológica representada por Schutz; Marx e os marxistas trabalham o mundo das ideais e seu significado no conjunto das relações sociais. Bourdieu e Bakhtin também são referidos pela contribuição sobre o estatuto da palavra. A autora percorre a tradição do conceito de representação social e contrasta e compara os autores eleitos para o estudo.

I.1.C: Trabalhadores, Formação e Consciência Operária.

C.1 MINAYO, M. C. S. *"Olhando através de andaimes e tapumes: condições de vida do operário da construção civil"*. In: Proposta. RJ: v.XXXIII, p.20.

Síntese: Considerando os operários da construção civil uma categoria especial de trabalhadores industriais, a autora procura acercar-se da identidade desses homens, de seus modos de vida, de suas formas de organização e resistência no processo de trabalho e lutas sindicais.

C.2 MINAYO, M. C. S. *"Operário da construção civil: tema de construção teórica."* In: Proposta. RJ: v.XXXIII, p.57 - 61, 1987.

Síntese: O interesse do artigo é comentar a bibliografia sobre a construção civil. Há também esforço para situar a importância e especificidade da questão no conjunto do projeto industrial brasileiro e a especificidade da luta dos trabalhadores no setor no conjunto do projeto da classe operária do país.

C.3 MINAYO, M. C. S. *"Formação de formadores: perspectivas políticas e experiências"*. In: Proposta. RJ: , v.XXX, p.28 - 37, 1986.

Síntese: O trabalho é escrito com o propósito de provocar uma busca coletiva, cujos resultados permitam definir, mais precisamente, as perspectivas políticas da formação sindical. Trata-se de refletir sobre a questão da formação de formadores como questão referida à luta da classe operária.

C.4 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. **Os Construtores da Cidade.** Rio de Janeiro: Fase, 1986 p.120.

Síntese: Trata-se de publicação que aborda a questão da construção civil no RJ. O livro se estrutura a partir de 20 histórias de vida e entrevistas abertas, de documentos e de material de imprensa a partir dos quais são analisadas as condições de vida e trabalho da categoria.

C.5 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. **Os Homens de Ferro**. RJ: Dois Pontos, 1985 p.210.

Síntese: Trata-se da dissertação de mestrado de Minayo. O trabalho de campo foi realizado em Itabira com os trabalhadores da extração de ferro. A pesquisa se insere na linha de antropologia operária, priorizando o reconhecimento dos sujeitos da pesquisa, fato que demonstrou a habilidade da pesquisadora em acercar-se do cotidiano das vidas humanas e suas condições. O trabalho pode ser teoricamente alinhado à vertente francesa de estudo de conhecimento operário que faz a crítica ao privilegiamento da história da classe dominante em detrimento da história dos que trabalham e sobrevivem. O repúdio a esta tendência mais disseminada orientou a investigação de Minayo. Thompson constituiu-se, dentre outros, em forte referência analítica.

I.1.D: Saúde Coletiva, Saúde Pública.

D.1 MINAYO, M. C. S., COSTA, P. S. "*Rumos e desafios: encerrando um processo de avaliação da pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva (1994-1997)*". In: Ciências e Saúde Coletiva. RJ: v.III, n.1, p.83 - 93, 1998.

Síntese: Artigo escrito para divulgar os resultados do processo avaliativo da pós-graduação em Saúde Coletiva brasileira, coordenada pela Abrasco, desde 1995.

D.2 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. "*Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção*". In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v.II, n.1-2, p.53 - 72, 1997.

Síntese: O artigo é uma reflexão sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva. Três elementos foram considerados: o processo de reconhecimento e ampla avaliação área liderado pela Abrasco (1995-1996), o processo de discussão do Sistema Nacional de Pós-Graduação realizado pela comunidade acadêmica sob coordenação da CAPES e a contextualização da crise cultural e institucional que afeta toda a área de ciência e tecnologia, incluindo o setor saúde, a partir das novas questões trazidas pelo movimento de globalização. Após apresentar os dados que informam sobre a Saúde Coletiva em termos

de currículo, evolução, situação de egressos, características da produção etc, a autora conclui que: *" a pós-graduação em Saúde Coletiva compartilha com o sistema nacional seus êxitos e problemas, possuindo um grau de maturidade suficiente para promover inflexões necessárias às mudanças conceituais e organizacionais que o momento histórico requer, preservando sua tradição originária e reafirmando seus compromissos acadêmico e social."*

I.1.E: CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE.

E.1 MINAYO, M. C. S. *"Ciências sociais em saúde no Brasil: vida longa e recente relevância"*. In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro: v.24, n.55, p.44 - 53, 2000.

***Síntese*:** O interesse do artigo é mapear a analisar a incorporação das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva. A autora parte de um exame acerca do processo de institucionalização das Ciências Sociais no campo da saúde, considerando aspectos vinculados à sua conformação. O percurso do trabalho segue fazendo o reconhecimento dos cientistas sociais em saúde no Brasil e apresentando importantes dados sobre a questão da profissionalização no campo da Saúde Pública. Diz a autora: *"Da década de 60 até 90 houve um acréscimo de 486% de profissionais específicos da área no campo da Saúde Pública. De 1980 a 1990, esse incremento foi de 11%, o que mostra uma diminuição do ritmo mas revela a tendência à incorporação dos profissionais das ciências sociais"*. Na continuidade, a autora destaca características do ensino das Ciências Sociais em Saúde e da produção acadêmica de pesquisas. A conclusão é que a área tem um longo caminho a percorrer na sua integração à práxis específica do setor saúde na busca de temáticas integradoras. Reconhece que as Ciências Sociais em Saúde se manteve no interior da Saúde Coletiva, com respeitável afastamento da tutela do poder médico de forma que sua produção não se constitui como subproduto da agenda traçada por médicos, reconhecidamente hegemônicos no setor. Mas, destaca que são poucos os profissionais que se propõem a trabalhar com outras disciplinas, articulando os problemas sociais com a reflexão científica da própria área, de forma que muitos desses profissionais desenvolvem seus trabalhos em paralelo e não de maneira integrada, num campo destacadamente multidisciplinar. Sua crítica, em especial, vai para uma certa visão que considera o social como um dado impregnado no próprio objeto de estudo.

E.2 MINAYO, M. C. S. *"Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro"* In: ALVES, Paulo César & RABELO, Miriam Cristina (org) **Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras** ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998, p. 52-71.

Síntese: O objetivo da autora é apresentar o atual estado da arte da antropologia no campo da saúde. A hipótese com a qual trabalha é que existe um campo de conhecimento em plena efervescência e em construção de sua identidade. A autora compromete-se a acompanhar e descrever o movimento de constituição desta nova disciplina. As recorrências analíticas da autora são o conceito de rede, conforme utilizado no âmbito da teoria das organizações, que serve para tratar das relações entre indivíduos, núcleos e instituições, criando conexões por onde circulam informações, criam-se elos e constituem-se focos de irradiação de concepções práticas e referências. O conceito de campo, conforme trabalhado por Bourdieu, também foi sacado de importância para o entendimento da questão posta. Um outro aporte é buscado junto a Knorr-Cetina em seu conceito de "prática científica" que destaca que o trabalho científico é perpassado e sustentado por relações e atividades que transcendem os laboratórios e grupos de pesquisa. Com tais balizamentos, a autora faz o reconhecimento da antropologia no campo da saúde, apresentando informações sobre seu desenvolvimento.

I.1.F: SAÚDE-DOENÇA; MEIO AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA.

F.1 MINAYO, M. C. S. *"Tendências do campo da saúde no Brasil no início do século XXI"*. In: Ciência e Pobreza no século XXI. Rio de Janeiro: Faperj/Academia Brasileira da Ciência, 2002, v.1, p. 47-74.

Síntese: A autora oferece uma reflexão sobre o conceito de saúde, apresentando-o de maneira ampliada. Considerando questões de cunho social, o artigo se desdobra numa breve configuração do esquema quadrimensional de saúde no Brasil e das perspectivas que se afiguram em curto e médio prazo para o setor. O Informe Lalonde entende os determinantes da saúde a partir de 4 dimensões: condições, situações e estilos de vida; a situação ambiental; desenvolvimento da biologia; a organização da assistência à saúde. O artigo conclui pela necessidade de investir na diminuição das grandes desigualdades econômicas nos âmbitos das classes, gêneros, etnias, regiões e municípios. Acerca da questão ambiental, nota a autora que os desafios são imensos. Quanto ao SUS observa que sua implantação atual traz referências promissoras e questões preocupantes, que ela cuida de assinalar O desenvolvimento da biologia também foi abordado no trabalho.

F.2 MINAYO, M. C. S. *"Condiciones de vida, desigualdad y salud; a partir del caso brasileño"*. In: Briceño-Leon, Roberto; Mynayo, M. C. S,; Coimbra, Carlos (cord) **Salud y Equidad; Una Mirada Desde Las Ciências Sociales** ed. RJ: Fiocruz, 2000, p. 55-72.

Síntese: Trata-se de obra que Minayo, juntamente com Briceño-Leon e Carlos Coimbra organizaram. No artigo, composto por Minayo especialmente para o

volume, a autora informa que sem contar com trabalho empírico, se vale de analises oferecidas por cientistas sociais, economistas, politólogos e sanitaristas sobre a questão das diferenciações que se evidenciam nos indicadores de mortalidade e morbidade que trazem como mais utilizados termos: pobreza, desigualdade e condições de vida com a finalidade de se referir a situações de opressão e privação; desenvolvimento social, desenvolvimento humano, qualidade de vida, desenvolvimento sustentável, termos que projetam as utopias de governos e organismos internacionais. O esforço de Minayo é aclarar esses conceitos e os resultados de suas aplicações. O exemplo utilizado, ainda que as cotejacões internacionais existam no trabalho, é o caso brasileiro. O cuidado terminológico da autora a leva a distinguir e explicitar ao leitor os conceitos de pobreza e desigualdade social. A autora também discute o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), criado em 1990, o qual inclui: longevidade, níveis educativos de adultos, o PIB. Reconhece a melhoria sensível nos indicadores de desenvolvimento e no entanto registra a dramática desigualdade. De tal modo, a pergunta pareceu-lhe inevitável: como investir na superação das desigualdades? A autora busca em Amélia Cohn uma interlocução positiva quando referenda sua conclusão sobre a questão de que o avanço no debate, esboçado no artigo, reside na viabilidade política da transformação do enfoque na qual a avaliação do desenvolvimento não seja somente o da produção e da prosperidade, mas do enriquecimento da vida humana que dela se origina, na qual o acesso e o resultado da educação são fundamentais.

F.3 MINAYO, M. C. S. "*Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida*". In: Minayo, M. C. S & MIRANDA, Ary Carvalho. **Saúde e Ambiente Sustentável**: Estreitando Nós. RJ: Fiocruz, 2002, v.1, p. 173-190.

Síntese: Trata-se de livro de organização de Minayo e Ary Miranda. No prefácio, os organizadores informam que a obra é comemorativa aos 10 amos da Conferência sobre Meio Ambiente, Rio-92 e fruto de uma busca do conjunto dos pesquisadores liderados pela Fiocruz de estreitar os nós conceituais entre o campo da saúde e a discussão ambiental. Assim, o livro comprometeu-se a examinar conceitos que estruturam os temas relativos à articulação entre saúde e ambiente. Os organizadores reconhecem que a saga de Oswaldo Cruz, cujo pensamento sanitário ambientalista marcou a atuação da saúde, precisa ser retomada de forma mais ampliada revendo conceitos, posturas sociais, subjetivas e metodológicas. No capítulo de responsabilidade de Minayo, acima identificado, a autora compromete-se a: "*apresentar o enfoque ecossistêmico de saúde como uma das possibilidades de construção teórico-prática das relações entre saúde e ambiente nos níveis microssociais, dialeticamente articulados a uma visão ampliada de ambos os componentes*". Tal enfoque é explicitado e debatido como alternativa para contrapor o paradigma antropocêntrico e de dominação vigente que faz a predação dos espaços ambientais e produz destruição dos projetos de vida.

F.4 MINAYO, M. C. S. *"Nossa dor é a dor de nossa vida"*. In: Tempo e Presença. RJ: v.XIII, n.2, p.8 - 14, 1986.

Síntese: Três são as questões às quais a autora se consagra, neste texto, a fim de tratar da questão da saúde e camadas mais empobrecidas da população brasileira. A primeira refere-se à forma como tal população conceitua saúde. A segunda diz respeito à situação de saúde da classe trabalhadora. A terceira remete a constatação da necessidade de mudança e transformação, que aponta para a compreensão da saúde como um bem e interesse da comunidade. A autora observa que a luta pela saúde se une à grande luta da classe trabalhadora por mudanças fundamentais.

F.5 MINAYO, M. C. S. *"Fome: o desafio radical"*. In: Tempo e Presença. RJ: v.XIV, n.2, p.5 - 8, 1992.

Síntese: Partindo do reconhecimento que a fome permanece como problema humano, político e social contundente à luz do século XX, a autora identifica a fome como expressão das mais dolorosas e cruéis da violência social. Segundos dados da FAO, apresentados no seminário *"Fome, o desafio dos anos 90"*, 61% da mortalidade infantil no Brasil é causada pela desnutrição ou doenças a elas associadas, numa análise mais abrangente, a FAO estima que no Brasil 53 milhões de pessoas passam fome e na América Latina esse número cresce para 183 milhões. A pesquisa aponta ainda que em todo mundo de 13 a 18 milhões das mortes ocorridas se deve à fome. Sensibilizada pela questão, em 1980, a pesquisadora participou de uma investigação na região Metropolitana do RJ denominada *"Configurações de situações de pobreza"*, revelando-se que 72% do orçamento das famílias entrevistadas se destinavam à alimentação e que 70% da alimentação se resumia a arroz, feijão pão e angu. Outros dados dramáticos foram levantados pela pesquisa de tal forma que a autora conclui que a fome é um câncer social com muitas metástases, configurando-se num desafio universal.

F.6 MINAYO, M. C. S. *"Saúde termômetro social: anos 80"*. In: Tempo e Presença. RJ: v.XII, n.2, p.26 - 29, 1990.

Síntese: Minayo argumenta que a saúde tem várias dimensões e implicações que se interpretam com um grau muito pequeno de generalização. Diante disso, a autora compromete-se a tentar uma análise mais abrangente do caso brasileiro, começando pelos anos 80. Após oferecer um panorama geral, observa que se vive, nos anos 80, transição epidemiológica e demográfica. As chamadas doenças do subdesenvolvimento não foram resolvidas e o atual quadro geral de mortalidade já revela doenças de desenvolvimento. Conclui, a autora, que o quadro de saúde brasileiro é desalentador. Segue-se analisando a mortalidade infantil, a AIDS que aparece nos anos 80 como grande questão da saúde, e outros dados referentes às doenças de subdesenvolvimento: malária, doenças associadas à subnutrição, à falta de saneamento básico e às

precárias condições grais de vida do trabalho. Também são apontadas as doenças de desenvolvimento que passam a fazer parte do perfil de mortalidade no país: as enfermidades cardiovasculares, as doenças crônico-degenerativas, as doenças respiratórias e a violência. Minayo conclui, contundentemente, afirmando que o quadro epidemiológico atual revela uma sociedade excludente, desigual e extremamente doente, de tal maneira que moderno para o Brasil da década de 90 seria: comer, vestir, morar, estudar e ter uma casa com esgoto e a água encanada.

F.7 MINAYO, M. C. S. "*Saúde e doença: uma concepção popular da etiologia*". In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: v.IV, n.4, p.363 - 381, 1989.

Síntese: O enfoque é sobre representações sociais de doença na classe trabalhadora. A pesquisa é fruto de trabalho de campo realizado em seis favelas do RJ a partir de um projeto denominado "*Memória Social de Saúde/Doença na Classe Trabalhadora*". Reconhecendo que a visão de saúde-doença é pluralista, ecológica e holística, optou-se especialmente pelo exame do sistema etiológico por considerá-lo dimensão privilegiada para o entendimento de muitas atitudes e práticas relativas ao fenômeno saúde e doença. A autora conclui que o modo de pensar saúde-doença é, ao mesmo tempo, modo de pensar a vida e a morte e remete às raízes tradicionais desse grupo e à sua inserção no mundo industrial e que, por suas vastas qualidades pontudas pela autora, contribuem para definir e questionar as políticas e os serviços oficiais de saúde.

F.8 MINAYO, M. C. S. "*Saúde como construção coletiva*". In: Facultativa. RJ: v.I, n.3, p.9 - 11, 1997.

Síntese: O artigo produzido alinha-se às idéias apresentadas na Carta de Otawa, em 1986, que fixou a noção de promoção da saúde: "*Saúde Pública é aquilo que nós, como sociedade, fazemos coletivamente, para assegurar as condições nas quais a população pode ser saudável*". A partir daí, a autora busca referir os fatores que determinam a saúde pública e os problemas que ela trata. Um panorama da realidade da saúde pública no Brasil nos últimos 20 anos é apresentado ensejando conclusões importantes que ela cuida de enumerar e discutir.

F.9 MINAYO, M. C. S Et AL. "*Fiocruz saudável: uma experiência institucional.*" In: Ciência e Saúde Coletiva. RJ: , v.III, n.2, p.151 - 161, 1998.

Síntese: O artigo foi escrito com a finalidade de divulgar a tentativa da Fiocruz de aplicar na prática cotidiana as teorias e tecnologias da saúde. Trata-se de expor a tentativa da Fiocruz de realizar a integração entre saúde e ambiente nas várias unidades que compõem a instituição, tornando-as laboratórios de práticas que conjugam interdisciplinarmente as áreas da Saúde do trabalhador, Biossegurança, Saneamento e Ecologia.

F.10 MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. *"O programa institucional sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento da fundação Oswaldo Cruz"*. In: An. Acad. Bras. Ci. Rio de Janeiro: v.LXXI, n.2, p.279 - 288, 1999.

Síntese: Trata-se de reflexão sobre a articulação entre os três paradigmas básicos que, na Fiocruz, situam a questão da saúde e meio ambiente: o biomédico, que tem origem na parasitologia clássica; o da relação saneamento/ambiente, que tem origens no saneamento clássico e o da medicina social, que tem suas origens nos anos 70 e constitui referência para a Saúde Coletiva. A autora reconhece que o atual desafio é articular esses três paradigmas numa visão que buscará construir, numa superação dialética das limitações de cada um *per si.* A autora reconhece o destacado papel da Fiocruz como centro de referência e liderança na questão saúde e meio ambiente. A partir de um conjunto de informações a autora apresenta e explicita os objetivos do Programa Institucional Sobre Saúde, Meio Ambiente e Desenvolvimento.

F.11 MINAYO, M. C. S. (org). *"Apresentação"*. In MINAYO, M. C. S. (org). **Os Muitos Brasis: Saúde População na Década de 80**. SP: Hucitec, 1999 p.358.

Síntese: Na apresentação do livro organizado por Minayo, ela explicita ao leitor que seu propósito é apresentar um quadro das principais causas de morte e morbidade no Brasil na década de 80. A coletânea teve motivação pedagógica, pois se tratava da necessidade de responder à produção de material que servisse de referência e instrumento de trabalho para pós-graduandos, profissionais, pesquisadores e professores etc. Compõem os capítulos estudos sobre: a população brasileira; as doenças cardiovasculares, a violência social; acidentes de trabalho, câncer, doenças transmissíveis, AIDS, fome, mortalidade infantil, mortalidade materna, a população idosa e interpolação das populações residentes no Brasil nas grandes regiões e capitais. A eleição dos temas foi pensada no sentido de oferecer dados sobre a década de 80 capazes de revelar a complexidade do processo demográfico, social e sanitário brasileiro.

F.12 MINAYO, M. C. S., HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, BUSS, Paulo Marchiori.
"*Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*". In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v.5, n.1, p.7 - 18, 2000.

Síntese: Os autores promovem a reflexão em torno das relações entre saúde e qualidade de vida. Considera-se qualidade de vida um conceito polissêmico, noção eminentemente humana normalmente aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Procede-se à discussão sobre o IDH (Índice de Desenvolvimento

Humano), como instrumento construído para sintetizar a complexidade da noção de qualidade de vida. O IDH entende a saúde como componente de um indicador, tendo sido criado para: *"deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos – como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego – para aspectos de natureza social e também cultural"*. Abordando a promoção da saúde, os autores a tomam como a mais relevante estratégia do setor para evitar o reducionismo médico e promover o diálogo intersetorial.

I.1.G: SERVIÇOS DE SAÚDE E/OU POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS.

G.1 MINAYO, M. C. S. *"Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais"*. In: Revista de Saúde Pública. SP: v.XXV, n.3, p.233 - 238, 1991.

Síntese: O interesse do trabalho é refletir sobre o valor da abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. A questão é interessante porque desloca a antropologia de seu campo tradicional de pesquisa básica para compor com a medicina social, de forma interdisciplinar, um enfoque particular de avaliação das políticas públicas e dos serviços de saúde com a medicina social. A partir de experiência empírica numa favela do Rio de Janeiro, a autora consegue demonstrar a importância da abordagem qualitativa na a avaliação de programas de saúde, por enfocar especificamente os sujeitos que ganham direito de expressão, ajudando a superar as tendências positivistas do processo avaliativo. Ao mesmo tempo, contribui para o aprofundamento na compreensão do fenômeno saúde e doença. A autora faz a defesa da antropologia, reconhecendo as críticas que a ela se fazem, respondendo-as com argumentos consistentes.

G.2 MINAYO, M. C. S. *"Sobre a complexidade da implementação do SUS"* In: Fernandes. Municipalização da saúde e poder local. 1a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001, v.1, p. 21-44.

Síntese: Ao prefaciar o livro de Sílvio Fernandes da Silva, Minayo assume o compromisso de lançar luz a alguns aspectos suscitados pela obra. Desse modo, chama para si a responsabilidade de fazer considerações sobre: a-) o mundo complexo dos atores; b-) a dialética entre autonomia local e interdependência e c-) as relações não óbvias entre as mudanças organizacionais e o sentido da reforma. Assim, a prefaciadora ausenta-se de resumir o trabalho de Sílvio pra expressar questões que elevam a riqueza da obra dedicada à investigação da implantação de uma política social (SUS). E assim aborda a questão transformando-a num microcosmo de uma reflexão muito maior do processo político e social de construção e inclusão de autores; de produção de consensos e dissensos; de avaliação de pontos chaves para as mudanças e de constatação dos núcleos problemáticos do

sistema de saúde, que segundo o próprio autor, resistem a qualquer forma de intervenção já tentada. O prefácio abre para Minayo a oportunidade falar sobre um conjunto de importâncias para a implantação do SUS merecedoras de atenção.

G.3 MINAYO, M. C. S. *"Escolas comunitárias em oposição à escola pública?"* In: Proposta. RJ: v.XXV, p.18 - 45, 1985.

Síntese: O texto é um comentário à experiência das Escolas Comunitárias de Belém, tendo como referência experiência equivalente em alguns bairros periféricos do RJ, com especial destaque à Rocinha. Nota-se que as Escolas Comunitárias originam-se de necessidades concretas, sentidas pelas camadas mais pobres. A autora observa que as Escolas Comunitárias não podem ser compreendidas como fenômenos isolados, mas como iniciativa peculiar no conjunto de práticas no interior do movimento popular; que tem caráter de temporalidade no sentido de cumprir um primeiro estágio de escolarização, de modo a concluir-se que: *"As Escolas Comunitárias corresponderiam a uma não resposta do estado à questão da democratização do ensino e a sua progressiva integração na rede oficial corresponderia a uma verdadeira conquista das classes populares"*. Alem disso, reconhece-se que as experiências de Escolas Comunitárias têm muito a dizer ao sistema oficial.

G.4 MINAYO, M. C. S., COSTA, N., MINAYO, M., LEITÃO, C., STOTZ, E. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989, v.2. p.320.

Síntese: Livro de organização conjunta com demais colegas do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Saúde da ENSP. Tal Núcleo, criado em 1986, representou espaço de aglutinação de intelectuais em torno de indagações sobre as novas necessidades de pesquisas que viabilizassem mudanças qualitativas na produção científica, a partir de perspectiva interdisciplinar, contemplando questões colocadas pelos estudos a respeito do perfil da ação estatal no setor saúde no contexto da transição pós-regime autoritário. Os Textos reunidos comprometem-se a dar maior precisão ao papel e lugar ocupados pelas Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva e aos debates políticos no setor.

G.5 MINAYO, M. C. S., SOUZA, E.; ASSIS, S., CRUZ NETO, O. ;DESLANDES, S. *"Avaliação dos centros de orientação e apoio sorológico cta/coas da região nordeste do Brasil". In:* Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: v.XV, n.2, p.355 - 367, 1999.

Síntese: Os autores fazem um estudo sobre 17 Centros de Orientação e Apoio Sorológico (CTA) do Nordeste do país. O método empregado foi "avaliação por triangulação de métodos" o qual integrou: a- análise das estruturas, dos processos e dos resultados considerados os três pilares básicos da avaliação

tradicional; b- a compreensão das relações entre todos os atores envolvidos na implementação das ações; c- visão que esse conjunto de atores constrói sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierarquias e técnicas, fazendo dele um constructo específico. Os resultados da pesquisa apontaram para a heterogeneidade dos Centros e permitiram fixar um padrão de excelência para um CTA.

G.6 MINAYO, M. C. S. (org). **Saúde em Estado de Choque**. RJ: Espaço e Tempo, 1987, p. 3-13.

Síntese: O livro, de organização de Minayo, traz como elemento aglutinador das contribuições a questão da desigualdade e saúde. Na Introdução, Minayo esclarece que o livro é parte dos resultados de trabalho do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e de Saúde do DCS-ENSP, com exceção feita a apenas a um texto apresentado. O interesse que percorre os trabalho apresentados é refletir sobre as políticas de saúde que afetam a população brasileira, com especial atenção para a classe trabalhadora. O livro tenta responder: *"a ligação que existe entre o estado de choque da saúde da população e a precariedade de suas condições de vida com as políticas do setor e sua crise tão altamente denunciada e constatada ultimamente"* .

I.1.H: IDOSOS E ENVELHECIMENTO.

H.1 MINAYO, M. C. S. *"A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial"*. In: Arq. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro: , v.4, n.2, p.51 - 56, 2000.

Síntese: Neste artigo Minayo está pensando a questão do idoso em correlação com as novas questões postas pelo mundo globalizado. Seus interlocutores intelectuais são: Ianni, Hobsbaw e Renato Ortiz, grosso modo, no que se referem à globalização. O enfoque central do trabalho, após passar em exame às características e questões postas pela sociedade pós-industrial e globalizada, transforma-se nos problemas sociais que são gerados e que, em particular, afetam o idoso. A confiança de Minayo é de que é possível à terceira idade construir seu protagonismo, como ator social essencialmente importante para a sociedade contemporânea.

H.2 MINAYO, M. C. S. & COIMBRA JR, C. E (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, v.1, p. 11-35.

Síntese: Ao livro organizado por Minayo e Coimbra, coube à Minayo explicitar as razões que levaram à sua organização. Na introdução escrita por Minayo, com título: *"Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento"*. A autora cuida de esclarecer que o interesse era a produção de um livro sobre envelhecimento que cruzasse os

olhares da antropologia e das Ciências da Saúde. Diz a autora que já são mais de 31 mil os brasileiros remanescentes do século XIX. A previsão dos demógrafos e de que, no ano 2020, existam cerca de 1.2 bilhão de idosos no mundo, dentre os quais 34 milhões de brasileiros acima de 60 anos que elevarão o Brasil à sexta população mais velha do planeta. A problemática é importante e as formas de apresentá-la, segundo Minayo, tem se limitado a substituir vozes dos idosos pelas dos pesquisadores. A proposta da coletânea é explícita: "*fazer novas perguntas, olho no olho dos que estão na estrada, na chuva pra se molhar, e que por isso resistem ao rótulo que a sociedade quer lhes impor. Mais que isso, entender também os véus que cobrem a destinação antecipada ao lugar social estereotipado que o aparente cuidado social lhe reservou: o recolhimento interior (eufemismo para afastamento do trabalho); a inatividade (rotulação dos aposentados e aposentadas); a prevenção das possíveis doenças (medicalização da idade) ou as festinhas da terceira idade (infantilização dessa etapa da vida)*". Nove artigos compõem a coletânea, sendo um deles escrito por Edinilsa de Souza Ramos, Liana Furtado, Sueli Ferreira Deslandes, em parceria com Cecília Minayo. Tal artigo traz como título: "*O idoso sob o olhar do outro*" e, a partir do olhar da imprensa, cuida de reconhecer a concepção que a sociedade guarda do idoso. Trata-se de uma análise do discurso sobre acontecimentos do cotidiano veiculado por alguns jornais que insistem em apresentar idosos como pobre e problema social. O debate incitado pela questão e as informações contidas no artigo são ricos.

I.2 BIBLIOGRAFIA COMPLETA DE MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO.

SCHENKER, M., MINAYO, M. C. S. "*A implicação da família no uso abusivo de drogas*". In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.8, n.1, p.299 - 306, 2003.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G. DE, DESLANDES, Suely Ferreira, ORIENTADORA, E. R. S. "*Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia*". In: Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.8, n.1, p.97 - 108, 2003.

MINAYO, M. C. S. "*Violência contra idosos: relevância para um velho problema*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.19, n.3, p.783 - 791, 2003.

NJAINE, Kathie, MINAYO, M. C. S. "*Violência na escola: identificando pistas para prevenção.*" In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu-Unesp: , v.7, n.13, p.119 - 134, 2003.

NJAINE, Kathie, MINAYO, M. C. S. "*Análise do discurso da imprensa sobre rebelião de jovens infratores em regime de privação de liberdade*". : Ciência & Saúde Coletiva. RJ: , v.7, n.2, p.285 - 298, 2002.

MINAYO, M. C. S. "*Editorial*". : Ciência & Saúde Coletiva. RJ: , v.7, n.1, p.4 - 5, 2002.

MINAYO, M. C. S. "*Editorial*". Ciência & Saúde Coletiva. RJ: , v.7, n.2, p.216 - 217, 2002.

MINAYO, M. C. S. "*Genetics and public health in the 21st. Century*". In: Ciência & Saúde Coletiva. RJ: , v.7, n.1, p.203 - 205, 2002.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. R., MINAYO, M. C. S., MALAQUIAS, J. V.. "*Suicide among young people in selected brazilian state capitals*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.18, n.3, p.673 - 683, 2002.

MINAYO, M. C. S. "*Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde*". In: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife: , v.1, n.2, p.91 - 102, 2002.

OLIVEIRA, HELENA DE, MINAYO, M. C. S. "*A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil*". In: Ciência & Saúde Coletiva. RJ: , v.6, n.1, p.139 - 149, 2001.

MINAYO, M. C. S., ROZENBERG, B. "*A experiência complexa e os olhares reducionistas*". In: Ciência & Saúde Coletiva. RJ: , v.6, n.1, p.115 - 123, 2001.

MINAYO, M. C. S. "*Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a praxis da saúde coletiva*". Ciência & Saúde Coletiva. RJ: , v.6, n.1, p.7 - 19, 2001.

MINAYO, M. C. S. "*Health as a scientific object and a theme for life*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.17, n.4, p.776 - 778, 2001.

MINAYO, M. C. S. "*O diálogo necessário entre a epidemiologia e as ciências sociais e humanas na promoção da saúde-Editorial*". In: Informe Epidemiológico do SUS. Brasília: , v.9, n.4, p.227 - 228, 2001.

MINAYO, M. C. S. "*Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde*". In: Revista Brasileira Materno Infantil. Recife: , v.1, n.2, p.91 - 102, 2001.

MINAYO, M. C. S. "*A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial*". In: Arq. geriatr. gerontol.. Rio de Janeiro: , v.4, n.2, p.51 - 56, 2000.

MINAYO, M. C. S. "*Ciências sociais em saúde no brasil: vida longa e recente relevância*". In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro: , v.24, n.55, p.44 - 53, 2000.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, BUSS, Paulo Marchiori. "*Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*". In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.5, n.1, p.7 - 18, 2000.

MINAYO, M. C. S. "*Teaching and learning science: a dialectic and complex relationship*". In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: , v.95, n.Suppl. I, p.66 - 69, 2000.

MINAYO, M. C. S., GOMES, R., FONTOURA, H. "*A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde*". In: Revista de Saúde Pública. São Paulo: , v.XXXIII, n.2, p.171 - 179, 1999.

MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. "*A violência: termômetro social*". In: Médicos. , v.II, n.8, 1999.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. ASSIS, S., CRUZ NETO,O; DESLANDES, S. "*Avaliação dos centros de orientação e apoio sorológico cta/coas da região nordeste do Brasil*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.XV, n.2, p.355 - 367, 1999.

MINAYO, M. C. S. "*O programa institucional sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento da fundação Oswaldo Cruz*". In: An. Acad. Bras. Ci.. Rio de Janeiro: , v.LXXI, n.2, p.279 - 288, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, Edinilsa Ramos de. "*É possível prevenir a violência*". In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.IV, n.1, p.7 - 32, 1999.

MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. "*A autoviolência como objeto da sociologia e problema de*

saúde pública". In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.XIV, n.2, p.421 - 428, 1998.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. *"A complexidade das relações entre drogas, alcool e violência".* Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.XIV, n.1, p.35 - 42, 1998.

MINAYO, M. C. S. *"Fiocruz saudável: uma experiência institucional".* In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.III, n.2, p.151 - 161, 1998.

MINAYO, M. C. S., COSTA, P. S. *"Rumos e desafios: encerrando um processo de avaliação da pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva (1994-1997)".* In: Ciências e Saúde Coletiva. Rio De Janeiro:, v.III, n.1, p.83 - 93, 1998.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. *"Violência e saúde como um campo interdisplinar e de ação coletiva".* In: História, Ciência Saúde-Manguinhos. RJ: v.IV, n.3, p.513 - 531, 1998.

MINAYO, M. C. S., NJAINE, K., SOUZA, E. *"A produção da desinformação sobre a violência: análise de uma prática discriminatória".* Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.XIII, n.3, p.405 - 414, 1997.

MINAYO, M. C. S. *"Nas entranhas dos muitos brasís: situação de saúde".* Tempo e Presença. Rio de Janeiro: , 1997.

MINAYO, M. C. S. *"Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção".* In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.II, n.1-2, p.53 - 72, 1997.

MINAYO, M. C. S. *"Saúde como construção coletiva".* In: Facultativa. Rio De Janeiro: , v.I, n.3, p.9 - 11, 1997.

MINAYO, M. C. S. *"Ampliando o conceito de educação em saúde para a participação comunitária".* Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.XII, n.1, p.20 - 23, 1996.

MINAYO, M. C. S. *"Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia?".* In: Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro: , v.III, n.2, p.5 - 21, 1996.

MINAYO, M. C. S. *"Os direitos humanos no brasil e as questões da violência".* Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.XII, n.2, p.271 - 274, 1996.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. R., NJAINE, K.. *"Qualidade da informação sobre violência.* In: Informare. RJ: , v.II, n.1, p.104 - 112, 1996.

MINAYO, M. C. S. *"Um antropólogo em marte ou os paradoxos da saúde-doença. Um comentário sobre a obra de oliver sacks".* In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.I, n.1, p.150 - 154, 1996.

MINAYO, M. C. S. *"A abordagem da violência na formação médica"*. In: Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: , v.XIX, n.3, p.11 - 28, 1995.

MINAYO, M. C. S., SANCHEZ, O. *"Métodos quantitativbos y cualitativos"*. In: Revista Investigación y Educacion En Enfermeria. Venezuela: , v.IX, n.3, p.325 - 338, 1995.

MINAYO, M. C. S. *"A violência social sob a perspectiva da saúde pública"*. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.X, n.1, p.7 - 18, 1994.

MINAYO, M. C. S. *"Inequality, violence and ecology in Brazil"*. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.X, n.2, p.241 - 250, 1994.

MINAYO, M. C. S. *"O extermínio: violentação e banalização da vida"*. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.X, n.1, p.199 - 212, 1994.

MINAYO, M. C. S., MACHADO, C., LIMA, L. D., DESLANDES, Suely Ferreira. *"Prevenção primária dos maus tratos na infância"*. In: Jornal Brasileiro de Ginecologia. RJ: , v.CIV, n.1-2, p.35 - 42, 1994.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, Simone Gonçalves de. *"Saúde e violência na infância e na adolescência"*. Jornal de Pediatria. RJ: , v.LXX, n.5, p.263 - 267, 1994.

MINAYO, M. C. S. *"A prática médica em julgamento ou as potencialidades da crise"*. In: Revista Brasileira de Educação Médica. RJ: , v.XVII, n.3, p.21 - 25, 1993.

MINAYO, M. C. S. *"Ensino da pós-graduação em saúde coletiva"*. In: Revista de Medicina E Cirurgia. RJ: , v.I, n.5, p.206 - 216, 1993.

MINAYO, M. C. S., SANCHEZ, O. *"Quantitativo & qualitativo: oposição ou complementaridade?"*. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.IX, n.3, p.239 - 262, 1993.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, Simone Gonçalves de. *"Violência e saúde na infância e na adolescência: uma agenda de investigação estratégica"*. In: Saúde em Debate. Curitiba: , v.XXXIX, n.3, p.58 - 63, 1993.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, Edinilsa Ramos de. *"Violência para todos"*. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.IX, n.1, p.65 - 77, 1993.

MINAYO, M. C. S. *"A violência do jovem de hoje. Por que?"*. In: Boletim Científico da Sociedade Psicanalítica. RJ: , v.XIII, n.3, p.56 - 64, 1992.

MINAYO, M. C. S. *"Fome: o desafio radical"*. In: Tempo e Presença. RJ: , v.XIV, n.2, p.5 - 8, 1992.

MINAYO, M. C. S. *"Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais"*. In: Revista de Saúde Pública. SP: , v.XXV, n.3, p.233 - 238, 1991.

MINAYO, M. C. S. *"Interdisciplinaridade. Uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido"*. In: Medicina. Ribeirão Preto: , v.XXIV, n.2, p.70 - 77, 1991.

MINAYO, M. C. S. *"Um desafio sociológico para educação médica. Representações sociais de saúde/doença"*. In: Revista Brasileira de Educação Médica. RJ: , v.XV, n.1, p.1 - 32, 1991.

MINAYO, M. C. S. *"Saúde termómetro social: anos 80"*. In: Tempo e Presença. RJ: , v.XII, n.2, p.26 - 29, 1990.

MINAYO, M. C. S. *"Violência na adolescência: um grave problema de saúde pública"*. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.VI, n.3, p.278 - 292, 1990.

MINAYO, M. C. S. *"Saúde e doença: uma concepção popular da etiologia"*. In: Cadernos de Saúde Pública. RJ: , v.IV, n.4, p.363 - 381, 1989.

MINAYO, M. C. S. *"Olhando através de andaimes e tacumes: condições de vida do operário da construição civil"*. In: Proposta. RJ: , v.XXXIII, p.20 - 47, 1987.

MINAYO, M. C. S. *"Operário da construção civil: tema de construção teórica"*. In: Proposta. RJ: , v.XXXIII, p.57 - 61, 1987.

MINAYO, M. C. S. *"Formação de formadores: pespectivas políticas e experiências"*. In: Proposta. RJ: , v.XXX, p.28 - 37, 1986.

MINAYO, M. C. S. *"Formação sindical: formação da consciência"*. In: Proposta. RJ: , v.XXX, p.5 - 27, 1986.

MINAYO, M. C. S. *"Nossa dor é a dor de nossa vida"*. Tempo e Presença. RJ: , v.XIII, n.2, p.8 - 14, 1986.

MINAYO, M. C. S. *"Escolas comunitárias em oposição à escola pública?"*. In: Proposta. RJ: , v.XXV, p.18 - 45, 1985.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. SP: Hucitec, 2000 p.269.

MINAYO, M. C. S., Briceño-León, Roberto, Coimbra Jr., Carlos E. A. **Salud Y Equidad: Una Mirada Desde Las Ciencias Sociales**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2000 p.384.

MINAYO, M. C. S., **Outros Fala Galera: Juventude, Violência e Cidadania no Rio de Janeiro**. RJ: Garamond, 1999 p.238.

MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. **O Desafio Do Conhecimento**. SP: Hucitec, 1999 p.269.

MINAYO, M. C. S., MINAYO, M. **Os Muitos Brasis: Saúde População na Década de 80**. São Paulo: Hucitec, 1999 p.358.

MINAYO, M. C. S., CRUZ NETO, O., DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1999 p.80.

MINAYO, M. C. S. **El Desafio Del Conocimiento**. Buenos Aires: Editorial Lugar, 1998 p.227.

MINAYO, M. C. S., ALVES, P., MINAYO, M. **Saúde e Doença, Um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998 p.44.

MINAYO, M. C. S., **Outros O Limite Da Exclusão Social**. São Paulo : Hucitec, 1993

MINAYO, M. C. S. **Agentes de Saúde do Ceará**. Estudo do Caso. Brasília : UNICEF, 1990 p.84.

MINAYO, M. C. S., COSTA, N; LEITÃO, C., STOTZ, E. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis : Vozes, 1989, v.2. p.320.

MINAYO, M. C. S. **Saúde em Estado de Choque**. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo, 1989

MINAYO, M. C. S. **Os Construtores da Cidade**. RJ: Fase, 1986 p.120.

MINAYO, M. C. S. **Os Homens de Ferro**. RJ: Dois Ponto, 1985 p.210.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Missão Investigar**. Rio de Janeiro : Garmond, 2003, v.1. p.351.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Violencia sob o olhar da saúde: a imfra-política da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2003, v.1. p.382.

MINAYO, M. C. S., COIMBRA, C. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2002, v.1. p.210.

MINAYO, M. C. S., MIRANDA, A. C. **Saúde e Ambiente Saudável: estreitando nós**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2002, v.1. p.344.

MINAYO, M. C. S., FRAGA, Paulo Cesar Pontes, ASSIS, Simone Gonçalves de, SOUZA, Edinilsa Ramos de, NJAINE, Kathie, DESLANDES, Suely Ferreira, SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da, SILVA, Kleber Henrique **Políticas Sociais Para Jovens no Rio de Janeiro. Cadastro e Análise de Casos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999

MINAYO, M. C. S., SOUZA, Edinilsa Ramos de, NJAINE, Kathie **É Possível Prevenir a**

Violência. Rio de Janeiro: , 1999

MINAYO, M. C. S., MACHADO, C., GIRALDO, L. **Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento**. Rio de Janeiro : Abrasco, 1998, v.4. p.248.

MINAYO, M. C. S. **A Saúde em Estado de Choque**. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo, 1995

MINAYO, M. C. S. **O Impacto da Violência Sobre a Saúde**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1994, v.X. p.224.

MINAYO, M. C. S., COIMBRA, Carlos. **Abordagens Qualitativas em Saúde**. Rio de Janeiro : Cadernos de Saúde Pública, 1993, v.IX.

MINAYO, M. C. S e OUTROS. **Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira Sobre Violência e Saúde**. Rio de Janeiro : Panorama ENSP, 1990

MINAYO, M. C. S., COSTA, N. R., LEITÃO, C., STOTZ, E. **Demandas Populares e Políticas de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989.

MINAYO, M. C. S. **Raízes da Fome**. Petrópolis: Vozes, 1989.

MINAYO, M. C. S. **Saúde em Estado de Choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

MINAYO, M. C. S. *"As possibilidades de Prevenção de Acidentes de Trânsito"* In: 3a.Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, prevenção e controle de doenças, 2003, Salvador-Bahia.

MINAYO, M. C. S. *"Desafios atuais do envelhecimento: a questão da violência contra os idosos"*.In: XIV Simpósio de Geriatria e Gerontologia da Aeronáutica, 2003, Rio de janeiro.
Anais do XIV simpósio de Geriatria e Gerontologia da Aeronáutica. Rio de Janeiro: Edições Internas Aeronáutica/Saúde, 2003. v.1. p.24 – 30

MINAYO, M. C. S. *"Violência contra idosos: relevância necessária"*. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília.
Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. v.2. .355 – 360

MINAYO, M. C. S. *"Violência, saúde e segurança pública no Rio de Janeiro"*. In: Seminário da Câmara Municipal do RJ sobre Segurança Pública, 2003, Rio de Janeiro.
Missão Investigar: a Polícia Civil em Questão. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. v.1. p.12 – 35

MINAYO, M. C. S. *"A violência como infra-política na América Latina"*. In: International Forum for Social Science and Health, 2002, Caracas - Venezuela.
Ainda não foi publicado. Ainda não foi publicado, 2002. v.1. p.1 – 25

MINAYO, M. C. S. *"Desigualdade e saúde na América Latina"*. In: VI Congreso Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina, 2001, Lima-Peru.
O trabalho está sendo publicado em livro. Rio de Janeiro: Será publicado no Brasil pela Editora Fiocruz, 2001. v.-. p.26 pg –

MINAYO, M. C. S., SANTANA, Franciso dos Santos, SOUZA, Edinilsa Ramos de, MALAQUIAS, Juaci Vitória. *"Evolução Temporal da Mortalidade por Suicídio-1980-1999"*. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. v.II. p.443 –

MINAYO, M. C. S. O. *"Híbrido biológico-psíquico-social como fato social total: uma releitura de Marcel Mauss"*. In: XII Fórum da UDA de Psiquiatria: Psiquiatria e suas Interfaces com as Ciências Sociais, 2003, Rio de Janeiro. Anais do Fórum da UDA de Psiquiatria. Rio de Janeiro: HPE, 2003. v.1. p.34 – 34

MINAYO, M. C. S., ASSIS, Simone Gonçalves de, CRUZ, A. J. M., SILVA, H. B., NJAINE, Kathie, SANTOS, F. C. L., CPEREIRA, M., ALVES, A. M. *"Levantamento dos estudos epidemiológicos das causas externas no Brasil"*. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2002, Curitiba. A epidemiologia da promoção da saúde-Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo: ABRASCO, 2002. v.1. p.449 – 449

MINAYO, M. C. S. *"A violência contra a mulher: um problema para a sociedade"*. In: Saúde Hoje. Rio de Janeiro, v.83, 1997.

MINAYO, M. C. S. *"A violência social sob a perspectiva da saúde"*. Saúde Hoje. Rio de Janeiro, v.64, 1996.

MINAYO, M. C. S. **A Eloquência do Silêncio do Corpo**. Goiânia: AB Editora, 2002.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, Simone Gonçalves de, DESLANDES, Suely Ferreira, SILVA, Kleber Henrique. *"Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde"*. In: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINAYO, M. C. S., Baptista, Marcos, Aquino, Maria Thereza Costa de; SOUZA, Edinilsa Ramos de, ASSIS, Simone Gonçalves de. *"Global Studies of Illegal Drug Markets"*. In: Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: DIGRAF / UERJ, 2000.

Anexo II. Produção Intelectual de Everardo Duarte Nunes.

1. OBRAS CONSULTADAS

Apresento alguns trabalhos publicados de Everardo Duarte Nunes, que tomados como estruturas da prática científica, foram lidos e classificados nas categorias abaixo, conforme suas principais preocupações.

II.1.A: **Ciências Sociais em Saúde.**

II.1.B: **Saúde Coletiva, Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva e Social.**

II.1.C: **Pensamento Social em Saúde.**

II.1.D: **Sociologia Médica.**

II.1.E: **Ciências Sociais.**

II.1.F: **Saúde e Doença.**

II.1.A . CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE

A.1 NUNES, E. D. "*Ensinando Ciências Sociais em uma escola de medicina: a história de um curso*". In: História, Ciência e Saúde - Manguinhos. Manguinhos: v.6, n.3, p.631 - 657, 2000.

Síntese: Este artigo aparece reeditado no livro "*Sobre a Sociologia da Saúde*", do mesmo autor. Trata-se da narrativa da história da implantação e evolução do curso de Ciências Sociais aplicadas à Medicina, disciplina ministrada aos alunos do segundo ano do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Apesar de conter informações oriundas da experiência, desde 1967 vividas por Everardo enquanto docente da disciplina, o texto é escrito em tom neutro e impessoal. Salientam-se os diversos modelos de ensino utilizados no curso ao longo do tempo de referência. A conclusão apresentada é que a discussão sobre a validade da inserção das Ciências Sociais em Saúde encontra-se superada. A questão que deve continuar a ser problematizada, segundo o autor, é a sua adequação em termos de métodos e técnicas de ensino. Em suas palavras a questão persistente é: *"(...) como trabalhar o campo do social perante condições muitas vezes adversas, especialmente no que se refere a competir com currículos de ensino*

cujas estruturas privilegiam o conhecimento com base em uma perspectiva das ciências biológicas. Cedendo pouco espaço às questões sociais, econômicas e culturais".

A.2 NUNES, E. D. "*A review of research studies conducted on scientific production in Colective Health in Brazil*". In: Scientometric. Budapest: v.44, n.2, p.157 - 167, 1999.

Síntese: A publicação apresenta dados sobre o crescimento da produção científica relacionada à Saúde Pública, Saúde Coletiva e Medicina Social obtidos junto a pesquisas precedentes realizadas por outros autores; pelo autor em levantamento realizado junto a CAPES e também no levantamento das teses e dissertações defendidas em programas de pós-graduação da área. Após destacar a expansão da produção científica no campo da saúde, o autor passa a assinalar a estreita relação dessa produção com aquela desenvolvida na área de ciências sociais em saúde. Faz-se referência à pesquisa conjunta de Badgley, Bravo, Gamboa e Garcia – *Bibliografia Latino-Americana de Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud* - que examinando o período de 1950-1979 - foi objeto de atualização para ,o período de 1980-1985, com a inclusão de outras 1086 referências levantadas pelo próprio autor. Conclui-se não se tratar, o artigo, da realização de uma pesquisa extensiva, mas apenas de um registro sobre a importância de avaliar o campo através de atividades cientificas. A importância e valor da multiplicação de estudos dessa natureza são defendidos por Everardo nos limites desse artigo.

A.3 NUNES, E. D. "*Ciencias sociales y salud: el pensamiento recente de algunos investigadores*". In: Cuadernos Medico-Sociales. Cess – Rosário - Argentina, v.69, p.67 - 93, 1994.

Síntese: Este artigo aparece traduzido para o português em: Canesqui, Ana Maria (org) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. SP: Hucitec/Abrasco, 1995. Nele o autor propicia uma reflexão sobre a construção do campo de conhecimento em torno das relações entre Ciências Sociais e saúde. Ressalta a adesão aos conhecimentos produzidos pelas Ciências Sociais, por parte dos profissionais engajados no mundo da saúde, como forma de contrapor o conhecimento das ciências físicas e biológicas. Prossegue-se com o reconhecimento das contribuições de alguns pensadores para o campo de modo a concluir que: "*(...) tornou-se evidente que os cientistas sociais são possuidores de um instrumental teórico-metodológico de importância fundamental para que os profissionais da saúde possam ter uma visão crítica de seus papéis profissionais assim como das próprias profissões*".

A.4 NUNES, E. D. "*Notas para a história das ciências sociais em saúde na America Latina*" In: Eventos de 1972. Revista del Instituto Juan Cesar Garcia. , v.3, n.1, p.48 - 55, 1993.

Síntese: Trata-se de um trabalho sobre a história das Ciências Sociais na América Latina. O enfoque é sobre alguns eventos profundamente marcantes para seu desenvolvimento que tiveram lugar de ocorrência no ano de 1972. São eles: a realização do Seminário em Cuenca; a publicação do livro "*Educación Médica em la América Latina*" e a elaboração do ensaio "*Las ciencias sociales em Medicina*", ambas publicações de Garcia. O autor destaca os méritos e importância de Juan César Garcia para o desenvolvimento das Ciências Sociais em Saúde na América Latina.

A.5 NUNES, E. D. "*As Ciências Sociais em Saúde: Reflexões sobre as origens e Construção de um campo de conhecimento*". In: Saúde e Sociedade. , v.1, n.1, p.59 - 84, 1992.

Síntese: O artigo visa à história das ciências sociais em saúde. Trata-se de um dos mais completos e informativos trabalhos que o autor produziu sobre o tema. Conforme o resumo do autor: "*O trabalho aborda as origens, desenvolvimento e perspectivas das Ciências Sociais em Saúde. Procura situar alguns pontos fundamentais relacionados à incorporação de um pensamento social em saúde no Brasil e faz parte de um amplo movimento que ocorreu no pós-segunda guerra, principalmente junto aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social. Trata da construção desse campo de conhecimento, apontando alguns trabalhos da literatura. Conclui-se apresentando algumas perspectivas em relação à investigação nessa área*". Dentre essas conclusões, situa-se a compreensão da necessidade de um esforço redobrado para acercar-se da inter-relação entre o social e biológico que comporta questões de natureza epistemológica que precisam ser analisadas e, de outro, dar respostas aos problemas sanitários que se tornam cada vez mais agudos. São palavras do autor: "*Reiterar que as ciências sociais colocam-se como fundamentais tanto para as análises conjunturais e estruturais no campo da saúde, e que a construção epistemológica num trabalho de conhecimento essencialmente interdisciplinar é da maior importância, chega a ser uma obviedade, mas que necessita ser apontada para que se torne cada vez mais real e extrapole o campo da retórica e do desejo*".

A.6 NUNES, E. D. "*As ciências sociais em saúde no Brasil: notas para a sua historia*". In: Educacion Medica Y Salud. Ops/Washington, v.21, n.2, p.106 - 115, 1987.

Síntese: O artigo originalmente apresentado no Seminário: "*O cientista Social na Área da Saúde*", procura situar alguns aspectos da experiência pessoal do autor nessa área, o que é feito de uma maneira um tanto quanto tímida. Trata-se de um trabalho composto em primeira pessoa, onde se localiza o aparecimento dos cientistas sociais na escola de medicina a partir da segunda metade da década de 60. Não constrangido ao espaço do território nacional, o

autor busca em outras experiências desenroladas na América Latina e amparadas por organismos internacionais o contexto mais amplo para do desenvolvimento das pesquisas em Ciências Sociais Em Saúde. A conclusão é de que o ensino das ciências sociais apresenta ainda alguns pontos críticos que merecem revisão a fim de obter melhor integração curricular, a qual acaba sendo dificultada pela orientação técnica e biológica privilegiada nas faculdades de medicina.

A.7 NUNES, D. "*Analise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas medicas - bases teóricas*". In: Revista de Saúde Publica. , v.12, p.506 - 515, 1978.

Síntese: O autor reconhece que a procura por modelos para o ensino das ciências sociais tem sido uma constante desde as primeiras tentativas de incorporação dessas disciplinas nos currículos das escolas médicas. Neste trabalho Everardo se compromete a examinar quatro desses modelos: "história natural das doenças"; "cuidado integral"; "carreira do paciente" e "estrutural". O artigo dedica especial atenção aos modos como tais modelos encaminham a tentativa de operacionalização dos conceitos sociológicos para explicar as relações do social com a saúde. A apresentação de cada um dos modelos é feita de forma criteriosa, destacando-se seus méritos e deméritos. Conclui-se pela necessidade de pensar a própria re-elaboração desses modelos e também os modos como deveriam se configuram suas situações de ensino, privilegiando um contato professor-aluno que transforme o processo de ensino numa experiência compartilhada. Assim, o artigo trata não somente da elaboração de um modelo, mas também de problemas que configuram sua situação de ensino.

A.8 NUNES, E. D. **Sobre a Sociologia da Saúde**, 1999, v.1. p.234.

Síntese: O livro reúne uma coleção de "*papers*" de autores significativos para o campo social da saúde. São trabalhos devidamente contextualizados e cuidadosamente analisados em seus conteúdos. O livro também apresenta um relato pessoal da experiência de Everardo como docente de Ciências Sociais no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

A.9 NUNES, E. D. **Ciencias Sociales Y Salud en la America Latina: Tendencias Y Perspectivas**, 1986 p.491.

Síntese: O livro, uma organização de Everardo Duarte Nunes, faz a reunião de uma série de trabalhos especiais apresentados por pesquisadores de relevo em um evento realizado pela OPAS, em 1983, que reuniu cerca de 30 pesquisadores em Ciências Sociais Aplicadas à Saúde com o objetivo de traçar as tendências e perspectivas dessa área do conhecimento na América Latina. Assim, são reunidos trabalhos que contemplam a situação e estado da arte das Ciências Sociais em Saúde em vários países da América Latina;

Brasil, Equador, México, e Venezuela. São também incorporados textos de autores tratando das seguintes questões: o papel e relevância das disciplinas do social (antropologia, economia, psicologia social e sociologia) para a pesquisa em saúde; as áreas temáticas dos estudos em saúde. A questão dos serviços de saúde e um texto sobre problemas metodológicos da pesquisa em saúde também são tematizados. O livro é abrilhantado por uma rica introdução elaborada pelo organizador sobre as tendências e perspectivas das ciências sociais em saúde na América Latina, onde o autor assume um ponto de análise macro-histórico.

A.10 NUNES, E. D. *"As ciências sociais e a saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores"* In: **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva** ed. SP / RJ: Hucitec / Abrasco, 1995, p.165.

Síntese: O autor dedica-se a uma reflexão sobre a construção de um campo de conhecimento em torno das relações das ciências sociais e saúde. Reconhece que foi a partir dos departamentos de Medicina Preventiva e Social que foram introduzidas as Ciências Sociais e argumenta que o ensino do social em saúde está marcado por conflitos e problemas que se apresentam tanto nos domínios da teoria, da prática, do institucional, do social, do político e do cultural. O autor oferece uma revisão, ainda que não completa, sobre os trabalhos dedicados à análise da produção em ciências sociais e saúde. Como conclusão diz o autor: *"(...) tornou-se evidente que os cientistas sociais são possuidores de um instrumental teórico-metodológico de importância fundamental para que os profissionais da saúde possam ter uma visão crítica de seus papéis profissionais assim como das próprias profissões"*.

A.11 NUNES, E. D. *"As ciências sociais em saúde no Brasil e na América Latina"*. In: **Pesquisa Social em Saúde** . RJ: Cortez, 1992.

Síntese: Três grandes partes compõem o artigo: a primeira trata do desenvolvimento histórico da inclusão das ciências sociais no campo da saúde; a segunda discute um pouco do que vem sendo feito sobre a análise da produção científica em ciências sociais em saúde e a terceira consiste na apresentação de dados coletados sobre a produção científica. Trata-se de um artigo que concentra uma gama valiosa de informações para definir e reconhecer o que se chama de produção científica em ciências sociais no campo da saúde.

A.12 NUNES, E. D. *"Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais na América Latina: uma visão geral"*. In: **As Ciências Sociais em Saúde Na América Latina: Tendências E Perspectivas** ed. Brasília: Opas, 1985, p.474.

Síntese: O artigo abre com a constatação de que as Ciências Sociais tem um papel relevante nas questões de saúde, tanto nas atividades de ensino,

pesquisa e na sua aplicação direta a diferentes setores dos serviços de saúde. Este é o estímulo necessário para que o autor se dedique a pensar as relações ciências sociais/ medicina. Assim, parte-se para o exame da periodização histórica das instituições de investigação em saúde na América Latina. Analisa-se a produção em Ciências Sociais Aplicadas à Saúde na América Latina, ressaltando-se que: "*as contribuições desses estudos foram importantes, Trouxeram informação sobre práticas e crenças culturais sobre a saúde e a doença, e sobre a distribuição de certas doenças nas populações indígenas. De outro lado, estas pesquisas significaram um estímulo e uma orientação para o pessoal da saúde que considerava os aspectos sociais como significativos na explicação do processo saúde doença (...)*". O autor objetiva destaque às disciplinas que embasaram o conhecimento sobre a saúde e a prática da saúde com a incorporação do social.

A.13 Nunes, Everardo Duarte; Hennington, Elida Azevedo; Barros;Nelson Filice de; Montagner, Miguel Ângelo. "*O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências*". In: Ciência & Saúde, vol. 8, n. 1, 2003.

Síntese: Neste artigo, seus autores partiram da literatura sobre o ensino das ciências sociais nas Escolas Médicas em diferentes países, durante o período de 1960 a 2000, para descrevê-la e analisá-la. A metodologia para abordagem, do período 1960-1979, foi baseada na análise documental e bibliográfica de estudos já sistematizados sobre o tema. Para o período 1980-2000, utilizaram-se informações dos bancos de dados Lilacs, Medline e Sociological Abstracts. Com referência às experiências de 1980 a 2000, os dados levantados em 21 artigos assinalaram para o ensino das Ciências Sociais no campo da saúde: objetivos – acompanhar e atender às mudanças sociais ocorridas na prestação de serviços de saúde, às necessidades da população; técnicas de ensino – ênfase no processo de ensino-aprendizagem ativo, atividades em pequenos grupos, problemas como ponto de partida, trabalhos de campo, pesquisas, uso de material audiovisual, dramatização e outros; conteúdos – constatou-se grande diversidade temática, confirmando os resultados das décadas anteriores, com variação conforme as diferentes escolas médicas. Os autores apontaram esses conteúdos: comportamento pessoal, interpessoal, médico, comunidade e ambiente; organização do cuidado à saúde; relações saúde-sociedade; relação médico-paciente; aspectos histórico-sociais da prática médica; variáveis sociais no diagnóstico, prognóstico e tratamento; relações doença-família. As conclusões apresentam alguns aspectos gerais e os principais resultados encontrados na pesquisa.

A.14 NUNES, E. D. "*A Sra. Tomasetti, Bloom e um Projeto de Ensino Pioneiro*". In: Ciência &. Saúde Coletiva. v.8 n.1 Rio de Janeiro 2003

Síntese: O artigo analisa o livro de Samuel W. Bloom "*The doctor and his patient: a sociological Interpretation*". Nesta obra, Bloom propõe uma forma de abordar e ensinar os principais conceitos sociológicos aos estudantes de

medicina. O foco central do livro é o relacionamento médico-paciente. Para tratar o assunto, Bloom recorre ao relato do caso da Sra. Tomasetti, e das formas adotadas pelos médicos e outros profissionais na tentativa de cuidar dessa paciente crônica. Nunes observa que o autor embasa sua análise no conceito de sistema social, ao qual se juntam outros: papel, normas, instituições. Além de apresentar as grandes linhas dos diversos capítulos desse livro, marco da sociologia médica dos anos 60, o artigo de Nunes apresenta informações biográficas e bibliográficas do autor. Como conclusão, Nunes reconhece que a busca de uma forma de ensino das ciências sociais (em particular, da sociologia), para estudantes de medicina continua a ser um desafio para os educadores.

II.1.B: SAÚDE COLETIVA, SAÚDE PÚBLICA, MEDICINA SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL.

B.1 NUNES, E. D. *"Saúde coletiva: revisitando a sua historia e os cursos de pos-graduação"*. In: Ciência e Saúde Coletiva. Abrasco, v.1, n.1, p.55 - 69, 1996.

Síntese: Um trabalho sobre a historia da Saúde Coletiva, com atenção para os cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) em Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou os que se especializaram em Epidemiologia. Identifica-se o aparecimento dos primeiros cursos de pós-graduação nos anos 70 com gradual expansão até nossos dias. Arrola-se um total de 24 cursos existentes em nosso país, por ocasião da pesquisa. A discussão se concentra nos fatores responsáveis pela emergência de tais cursos (político-social, sanitários e institucionais). Versa, ainda, sobre a origem da denominação Saúde Coletiva. Segundo o autor, a expressão foi utilizada pela primeira vez no I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da OPAS/ALAESP, em ambas reuniões discutiu-se a necessidade de criar uma entidade aglutinadora de todos os cursos de pós-graduação da área. Conforme o autor, a idéia vingou e em 1979 foi criada a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). A conclusão é de tais movimentos buscavam a ruptura com o modelo docente e de investigação vigentes, tratando de incentivar a formação de pessoal em nível de pós-graduação com desempenhos críticos para o setor saúde no Brasil. O artigo também incorpora uma discussão sobre as diversas conotações assumidas pela noção de "coletivo" como objeto desse campo de praticas e saberes, para atingir sua formulação mais atual. Conclui o autor: "*Assim, a Saúde Coletiva toma como seu objeto a própria análise das formações discursivas, como se constroem conceitos e objetos, mas ao mesmo tempo se depara com a problemática de repensar a determinação da doença, não mais no modelo da epidemiologia clássica, mas dentro de um paradigma que privilegie o social*".Os teóricos de referência para o artigo são: Michel Foucault e Max Weber.

B.2 NUNES, E. D. "*A formação de sanitaristas no Brasil, com especial referencia aos cursos descentralizados de saúde publica*". In: Município e Saúde. Inijui, v.1, p.12 - 96, 1993.

Síntese: O artigo procura resgatar a história da formação de sanitaristas no Brasil. Data esse processo de 1925, com a criação do curso de Saúde Pública no Rio de Janeiro e, em 1929, em São Paulo a partir do qual passa-se a minuciar seu desenvolvimento. Trata-se de uma publicação rica em dados obtidos a partir de pesquisa bibliográfica e, particularmente, coletados na pesquisa de Labra, van Stralen e Scochi realizada junto a 16 escolas de saúde pública brasileiras e em informações contidas nos Catálogos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, anualmente publicados pela Abrasco.

B.3 NUNES, E. D. "*A organização curricular do departamento de medicina preventiva e social da Fcm/Unicamp. Analise histórica - 1965-1992*". In: Revista Brasileira de Educação Médica. , v.8, n.2, p.95 - 103, 1984.

Síntese: Com o recurso a documentos: programas de ensino, relatórios e catálogos de curso, Everardo analisa a organização curricular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP com o propósito de contribuir para a reflexão crítica sobre o ensino da Medicina Preventiva e Social. O autor busca a correlação dos conteúdos e práticas com as propostas educacionais preventivistas. O artigo enumera uma série de conclusões: alto grau de compartimentalização expressa pela ausência de maior preocupação com a integração curricular; o desenvolvimento de uma prática teórica desvinculada de uma prática médica; constatação da importância das disciplinas que fornecem ao aluno os fundamentos da saúde e da doença em termos da coletividade e para o caso de aplicação prática instruída por esquemas de referência segundo a reflexão e análise crítica da realidade médico-social; tamanhos de turma que impedem um maior contato entre professor e aluno; baixa motivação dos alunos para as disciplinas relacionadas ao social; existência de obstáculos identificados na práxis que exigem ainda a redefinição das políticas de saúde e do controle democrático das instituições de saúde como parte do processo de desenvolvimento da medicina preventiva e social.

B.4 NUNES, E. D. "*Medicina social: origens e desenvolvimento*". In: Revista de Cultura. Vozes. , v.74, n.3, p.173 - 188, 1980.

Síntese: Trata-se artigo reeditado no livro – Medicina Social no Brasil. O esforço foi por oferecer uma sistematização da história da medicina social, ainda que não completa e circunstanciada, em sua correlação com fatores sociais, econômicos, políticos e ideológicos. Os seguintes temas foram postos em relevo para dar conta do entendimento dessa constituição: a

medicina social em suas origens nos movimentos sociais europeus de 1848; a Polícia Médica como a organização interna ou reguladora do Estado no que diz respeito aos fatores que afetam a segurança, bem-estar, prosperidade, moral e saúde dos indivíduos; o advento do sanitarismo; a constituição da medicina social no Brasil através da higiene pública e da medicalização do espaço urbano e a medicina comunitária nos anos 60. Após o exercício de apreensão da medicina social como prática social o autor conclui que, nos anos iniciais do século XX, houve uma retomada do social com sua acentuação nos anos 60 em decorrência da situação crítica da própria medicina. O autor faz questão de ressaltar em suas conclusões que o fato médico é um fato político.

B.5 NUNES, E. D. **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**, 1983 p.205.

Síntese: O livro é uma organização de Everardo. Nele se encontra uma seleção de textos de diversos autores (Everardo Duarte Nunes, George Rosen, Bernard Stern, Juan César Garcia, Asa Cristina Laurell, Jon Garfield e Eyda Maria Camacho Cantillano). Ainda que o conjunto dos textos não reproduza o movimento da Medicina Social, ao menos ressaltam o caráter histórico do campo e justifica suas escolhas pelo propósito do organizador apresentar a Medicina Social como movimento histórico. O volume é material didático de primeira hora por oferecer traduções de textos fundamentais para a reflexão crítica sobre as relações saúde e sociedade.

B.6 NUNES, E. D. *"A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais"* In: **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva** ed. SP/RJ: Hucitec / Abrasco, 1995, p.165.

Síntese: Considerando a importância de examinar a atual situação das relações interdisciplinares, Everardo procede ao exame da questão na área da saúde. Ressalta que o tema tem se tornado crescentemente de interesse desde o final dos anos 60 e início dos 70, apontando uma série de eventos ocorridos para fazer sua discussão conceitual e a análise de suas repercussões. O artigo oferece uma revisão sobre os aspectos mais importantes da história com relação ao conhecimento unitário/interdisciplinaridade. Acrescenta a consideração de questões teóricas que embasam a discussão sobre a interdisciplinaridade. Analisa, ainda, os seguintes conceitos: disciplina, disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e uma gradação dos tipos de relações interdisciplinares, conforme estabelecida por Heckhausen. O artigo finaliza com uma discussão sobre as possibilidades e as dificuldades de um projeto interdisciplinar na Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais nesse contexto. O autor argumenta que o objeto saúde exige a interdisciplinaridade e que seria oportuno proceder a uma revisão do estado da arte da integração do biológico

e social, como um ponto inicial. São palavras de Everardo: "*O segundo ponto diz respeito a entender que as Ciências Sociais não devem entrar nessa integração somente como externalidade, ou seja, como um acréscimo ao biológico. Nesse aspecto, verifica-se que um caminho frutífero seria, em um primeiro estágio, procurar a integração em torno de um objeto ou de temas possibilitadores de relações interdisciplinares, tanto no campo da investigação propriamente dita, como no das ações de caráter prático de intervenção*". Neste artigo o autor retoma Foucault para argumentar que a medicina é uma estratégia bio-política.

II.1.C: PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE.

C.1 NUNES, E. D. **Juan César Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina**, 1989 p.238.

Síntese: Trata-se de uma publicação dedicada ao destaque de Juan César Garcia, sua vida e obra, em razão de sua posição de líder do movimento das Ciências Sociais em Saúde e Medicina Social na América Latina e sujeito atuante no sentido de congregar estudiosos para a área e produzir trabalhos que se tornariam consulta obrigatória para esses campos de conhecimento. O trabalho reúne publicações fundamentais de Juan César Garcia.

II.1.D: SOCIOLOGIA MÉDICA.

D.1 NUNES, E. D. "*La importancia de la sociologia medica: un texto del siglo XIX*". In: Llul - rev. De la soc. Espanola de historia de las ciencias y las tecnicas. , v.33, n.17, p.313 - 323, 1994.

Síntese: A partir da identificação do uso inaugural da expressão "sociologia médica" com o médico Charles McIntire, numa conferência em 1893, que origina a redação de um artigo, datado de 1894, o autor executa a análise desse texto. A contextualização do artigo é feita com a apresentação de alguns aspectos da sociologia nos Estados Unidos, território de produção do referido texto, na segunda metade do século XIX e de alguns aspectos da prática medica americana no período em que o autor escreve. A importância desse autor é destacada pelo fato de antecipar a percepção da diferença entre "sociologia na medicina" e "sociologia da medicina", conforme proposta por Strauss na segunda metade do século XIX. A *sociologia na medicina* refere-se aos aspectos aplicados da sociologia médica. *Sociologia da medicina* se refere às investigações básicas da sociologia médica. Trata-se de um texto pioneiro, segundo o autor, e que marca uma orientação bastante freqüente nas análises que se sucedem – o centralismo médico.

D.2 NUNES, E. D. *"Contribuição da sociologia para o estudo das doenças mentais"*. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. , v.41, n.8, p.399 - 406, 1992.

Síntese: Trata-se de uma revisão sobre o campo da sociologia das doenças mentais, assumida como um quadro não detalhado do "estado da arte" desse campo. O trabalho encontra-se composto de três partes: a primeira orienta-se para o exame das origens históricas do campo; a segunda executa um panorama geral, visando à reconstituição da área e, por fim, examina-se a produção científica na América Latina. A conclusão final é de que se trata de um campo que, pela diversidade das metodologias utilizadas, e enfoques teóricos adotados não forma uma unidade teórica. Além disso, cuida-se para esclarecer a importância dos fatores sociais para a etiologia das doenças mentais e a potencialidade da abordagem sociológica para a análise no campo das doenças e da saúde mental.

D.3 NUNES, E. D. *"Relações medico-pacientem e suas determinações sociais"*. In: Educacion Medica Y Salud. , v.22, n.2, p.153 - 168, 1988.

Síntese: Tendo as relações médico-paciente como objeto de exame, o autor compromete-se à análise de dois paradigmas sociológicos utilizados no estudo dessas relações: o "sistêmico-funcional" e o de aplicação mais recente denominado "estrutural". Para o primeiro caso, os autores focalizados são: Henderson, Parsons e Freidson, criticados pelas deficiências do modelo ao qual aderem, o sistêmico-funcional. Para o segundo caso toma-se autores como Arouca, Boltanski e Waitzkin. Conclui-se favoravelmente pelo emprego do modelo estrutural para a análise das relações médico-paciente haja vista sua característica em focalizar tais relações privilegiando-se suas determinações sociais, históricas e econômicas.

D.4 NUNES, E. D. *"A medicina como profissão: contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de medicina"*. In: Revista Brasileira de Educação Medica. , v.3, n.2, p.47 - 60, 1979.

Síntese: O estudo da medicina como profissão do ponto de vista do estudante é a principal preocupação desse artigo- síntese da tese de doutorado de Everardo. Uma vasta revisão bibliográfica sobre a Sociologia da Educação Médica nos Estados Unidos e América Latina é realizada, para em seguida passar a analisar criticamente alguns enfoques teóricos anteriormente descritos. O autor faz uma discussão sobre o método e o material da pesquisa, para apresentar os resultados obtidos. A conclusão é de que após cinco anos de acompanhamento dos estudantes a questão da escolha ocupacional deve ser abordada e compreendida a partir de dois estágios: um primeiro definido pelos momentos e representações que levam o indivíduo a escolher a medicina como profissão; e um segundo, que enfoca as mudanças ocorridas durante a formação. São palavras do autor: "A escolha ocupacional não se refere somente à opção por um determinado campo de trabalho, mas também

aos processos que se desenvolvem durante a formação profissional".

D.5 Nunes, E. D. *"A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral"*. In Ciência & Saúde, vol. 8, n. 1, 2003.

Síntese: Artigo que apresenta um panorama geral da sociologia médica ou sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França, desde suas origens até a atualidade. O autor tem o cuidado de situar a produção científica mais expressiva do campo nos países destacados. Segundo ele, a moderna sociologia médica ou da saúde emerge em diferentes momentos: nos Estados Unidos após a Segunda Guerra; na Grã-Bretanha, nos anos 60; e na França, na década de 1970. O estudo dessas trajetórias nacionais mostra que, na atualidade, o campo encontra-se em franco desenvolvimento com uma temática bastante diversificada e uma pluralidade de abordagens teóricas. Nos Estados Unidos, em particular, o final dos anos 80 e os anos 90 configuraram-se para a sociologia médica como momento de profunda reflexão sobre o próprio campo, levando à ponderação sobre a questão teórica e metodológica, haja vista que as transformações gerais da sociedade norte-americana e as do campo da saúde se tornam cada vez mais dignas de atenção.

II.1.E: CIÊNCIAS SOCIAIS.

E.1 NUNES, E. D. *"O Suicídio - reavaliando um clássico do século XIX"*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: v.14, n.1, p.7 - 34, 1998.

Síntese: Em comemoração aos 100 anos da publicação de "O *suicídio*" de Durkheim, Everardo elabora um texto baseado numa revisão da obra. Cuida inicialmente de localizar as motivações pessoais de Durkheim ao produzir um livro dedicado ao estudo da disposição social ao suicídio. Participa o leitor da trágica experiência de Durkheim com a morte de seu amigo Victor Hommay, envolvida em fortes indícios de suicídio, ao mesmo tempo em que situa a obra como cumprindo parte das preocupações mais gerais e específicas de Durkheim acerca da execução de um projeto sociológico. Parte-se do homem Durkheim e suas motivações para posteriormente refazer a exegese da obra situada no contexto da totalidade do pensamento durkheimiano. São feitos recuos a diversas obras do mesmo autor para explicitar a localização de "*O Suicídio*" no conjunto da obra desse sociólogo de lume. Nunes desestrutura o livro de Durkheim e, tomando-os em partes, reapresenta ao leitor os objetivos de cada uma delas e resultados que trazem. Este artigo situou-se como base para um debate, originando vários outros artigos publicados na seqüência imediata. Ondina Fachel Leal; Elizabeth Smeke, Djalma de Melo Filho, Luis David Castiel, Maria Cecília Minayo, Ceres Victora, Roosevelt Cassorla, Otávio Cruz Neto & Marcelo Rasga Moreira, em artigos específicos ,debatem

o artigo originando uma réplica de seu autor.

II.1.F: SAÚDE E DOENÇA.

F.1 NUNES, E. D. "*Os eventos da vida: uma revisão*". In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. , v.32, n.1, p.31 - 40, 1983.

Síntese: O estudioso elege três autores consagrados para a partir do exame de suas pesquisas sobre os eventos de vida em sua relação com desordens psiquiátricas, possibilitar a compreensão acerca do tema. São esses autores: Dohrenwend, Myers e Marris. A eleição foi justificada com base na relevância das análises produzidas e que tem servido como metodologia para pesquisas ocupadas com a questão. Discute as pesquisas de Brown sobre esquizofrenia e depressão. Revisa-se, com Myers, a própria definição de crise ou eventos de vida, para proceder à análise de seu trabalho que objetiva investigar se as mudanças na ocorrência dos eventos de vida relacionam-se com o "*status mental*" dos indivíduos. Com Dohrenwend, se destacam as evidências que sugerem que fatores sócio-culturais e sócio-psicológicos são importantes na gênese das desordens psiquiátricas funcionais. Com Marris, examina o luto, não evocado somente pela morte, mas por qualquer perda profundamente diruptiva de significado como mudanças fundamentais que atingem a vida de uma pessoa. Conclui-se que a simples inclusão de variáveis sócio-culturais não garante explicações sociológicas, mas essas variáveis permitem uma primeira aproximação no estabelecimento de algumas regularidades e uniformidades quando se relacionam os eventos às desordens psiquiátricas ou ao estado psicológico.

F.2 NUNES, E. D. "*A doença como processo social*" In: **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. 1 ed. São Paulo : Hucitec, 2000

Síntese: Objetiva-se o enfoque da doença como processo social. Para tanto, aborda aspectos teóricos e históricos acerca da estruturação das causalidades das doenças. O unicausalismo é analisado como "*um paradigma na explicação das doenças*". O *multicausalismo* é enfocado como idéia que se desenvolve, a partir dos anos 50, e irá encontrar no trabalho de Leavell & Clarke um elaborado modelo que entra para a história com o nome de *Modelo da História Natural da Doença*. O artigo também incorpora uma discussão sobre a questão da causalidade social das doenças, concentrando-se em destacar os seus aspectos histórico-estruturais. Isso é feito por intermédio da apresentação de dados de mortalidade no Brasil, permitindo a conclusão da existência de uma relação entre condições sócio-econômicas e doenças. Segue-se com uma análise da doença como processo simbólico,

argumentando-se que a questão do estudo das doenças não se esgota em suas dimensões epidemiológicas estruturais. Nesse campo específico, o autor valoriza a multiplicação de estudos sobre percepção, atitudes, conhecimento, crenças e representações uma vez permitiram uma nova compreensão da doença posto que, nestes casos, ela é estudada com base a experiência vivida pelas pessoas.

II.2 BIBLIOGRAFIA COMPLETA DE EVERARDO DUARTE NUNES.

NUNES, E. D. "*A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França:panorama geral* . In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.8, n.1, p.79 - 95, 2003.

NUNES, E. D. "*A sra. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro*". In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.8, n.1, p.209 - 225, 2003.

NUNES, E. D. "*As ciências humanas e a saúde; algumas considerações*". In: Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: , v.27, n.1, p.65 - 71, 2003.

NUNES, E. D., HENNINGTON, E. A., BARROS, N. F., MONTAGNER, M. A. "*O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências*". In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , v.8, n.1, p.209 - 225, 2003.

NUNES, E. D. "*Pequeno vocabulário para a utilização da história arqueológica como instrumento de pesquisa qualitativa*". In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu - SP: , v.7, n.13, p.125 - 134, 2003.

NUNES, E. D. "*Interdisciplinaridade: conjugar saberes*". In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro: , v.26, n.62, p.249 - 258, 2002.

NUNES, E. D. "*Apresentação – Interface*". In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu/SP: , v.4, n.7, p.7 - 10, 2000.

NUNES, E. D. "*Ensinando Ciências Sociais em uma escola de medicina: a história de um curso.*" In: História, Ciência e Saúde - Manguinhos. Manguinhos: , v.6, n.3, p.631 - 657, 2000.

NUNES, E. D. "*Resenha: Modernity, medicine and health: medical sociology towards 2000*". In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , p.464 - 473, 2000.

NUNES, E. D. "*Sobre a história da Saúde Pública: idéias e autores*". In: Ciência e Saúde Coletiva. Manguinhos: , v.5, n.2, p.251 - 264, 2000.

NUNES, E. D. "*A review of research studies conducted on scientific production in Colective Health in Brazil*". In: Scientometric. Budapest: , v.44, n.2, p.157 - 167, 1999.

NUNES, E. D. "*O Suicídio - reavaliado um clássico do século XIX*". In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: , v.14, n.1, p.7 - 34, 1998.

NUNES, E. D. "*Saúde coletiva: historia e paradigmas*". In: Interface. , 1998.

NUNES, E. D. *"Las ciencias sociales en america latina: un a historia singular"*. In: Espacio Abierto: Cuaderno Venezuelano de Sociologia. Ed. Astro Data S.A., v.6, n.2, p.215 - 236, 1997.

NUNES, E. D., COSTA, P. S. *"Os cursos de saúde coletiva no Brasil - mestrado e doutorado: um estudo sobre as disciplinas básicas"*. In: Ciência & Saúde Coletiva. Abrasco, v.2, n.1/2, p.72 - 90, 1997.

NUNES, E. D. *"La medicina social en brasil: un estudio de su trajetória"*. In: Revista Cubana de Salud Publica. , v.19, n.1, p.22 - 36, 1996.

NUNES, E. D. *"Revision de estudios historiograficos sobre la salud publica brasilena"*. In: Revista de la Soc. Espanola de Historia de las Ciencias e las Tecnicas. , v.36, n.19, p.51 - 72, 1996.

NUNES, E. D. *"Saúde coletiva: historia de uma idéia e de um conceito"*. In:Saúde e Sociedade. , v.3, n.2, p.5 - 21, 1996.

NUNES, E. D. *"Saúde coletiva: revisitando a sua historia e os cursos de pos- graduação"*. In: Ciência e Saúde Coletiva. Abrasco, v.1, n.1, p.55 - 69, 1996.

NUNES, E. D. *"Ciencias sociales y salud: el pensamiento recente de algunos investigadores."* In: Cuadernos Medico-Sociales. Cess-Rosario-Argentina, v.69, p.67 - 93, 1994.

NUNES, E. D. *"La importancia de la sociologia medica: un texto del siglo XIX"*. In: LLUL - Rev. del Soc. Espanola de Historia de las Ciencias y las Tecnicas. , v.33, n.17, p.313 - 323, 1994.

NUNES, E. D. *"Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: aspectos históricos e desenvolvimento dos cursos de mestrado e doutorado"*. In: Educacion medica y salud. OPS/OMS-Washington, v.28, n.4, p.507 - 521, 1994.

NUNES, E. D. *"Resenha: la enfermedad grave: aspectos medicos y psicosociales de Aiach, P. Et al.*. In: Cadernos de Saúde Pública. Ensp/Fiocruz/RJ, v.10, n.1, p.126 - 130, 1994.

NUNES, E. D. *"A formação de sanitaristas no Brasil, com especial referencia aos cursos descentralizados de saúde publica"*. Município e Saúde. Inijui, v.1, p.12 - 96, 1993.

NUNES, E. D. *"Notas para a historia das ciências sociais em saúde na América latina: eventos de 1972"*. In: Revista del Instituto Juan Cesar Garcia. , v.3, n.1, p.48 - 55, 1993.

NUNES, E. D. *"As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e construção de um campo de conhecimento"*. In: Saúde e Sociedade. , v.1, n.1, p.59 - 84, 1992.

NUNES, E. D. *"Contribuição ao estudo da produção socio-medica: uma analise de alguns aspectos da literatura"*. In: Cadernos de Historia e Saúde. Casa de Oswaldo Cruz, v.2, p.142 -

147, 1992.

NUNES, E. D. *"Contribuição da sociologia para o estudo das doenças mentais"*. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. , v.41, n.8, p.399 - 406, 1992.

NUNES, E. D. *"Henry ernest sigerist: piuoneiro da historia social da medicina e da sociologia medica"*. In: Educacion Medica y Salud. Ops/Oms-Washington, v.26, n.1, p.70 - 81, 1992.

NUNES, E. D. *"Relacoes medico-pacientem e suas determinacoes sociais"*. In: Educacion Medica y Salud. , v.22, n.2, p.153 - 168, 1988.

NUNES, E. D. *"As ciências sociais em saúde no Brasil: notas para a sua historia"*. In: Educacion Medica y Salud. Ops/Washington, v.21, n.2, p.106 - 115, 1987.

NUNES, E. D. *"A organização curricular do departamento de medicina preventiva e social da Fcm/Unicamp. Análise Histórica - 1965-1992"*. In: Revista Brasileira de Educação Medica. , v.8, n.2, p.95 - 103, 1984.

NUNES, E. D. *"Basaglia: a psiquiatria como experiencia política"*. Cadernos do Cebes. , v.2, p.7 - 10, 1983.

NUNES, E. D. *"Os eventos da vida: uma revisão"*. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. , v.32, n.1, p.31 - 40, 1983.

NUNES, E. D., COSTA, J. L. R. *"A situação do ensino da medicina do trabalho nos cursos médicos do Brasil"*. In: Revista Brasileira de Educação Medica. , v.4, n.3, p.63 - 73, 1980.

NUNES, E. D. *"Medicina social: origens e desenvolvimento"*. In: Revista de Cultura Vozes. , v.74, n.3, p.173 - 188, 1980.

NUNES, E. D. *"Resenha: antologia de experiências em serviço e docência em enfermagem na América latina – 1"*. In: Revista Brasileira de Enfermagem. , v.4, p.483 - 489, 1980.

NUNES, E. D. *"Resenha: antologia de experiências em serviço e docência em enfermagem na América latina-2"*. In: Revista Brasileira de Enfermagem. , v.4, p.490 - 494, 1980.

NUNES, E. D. *"A medicina como profissão: contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de medicina"*. In: Revista Brasileira de Educação Médica. , v.3, n.2, p.47 - 60, 1979.

TRABALHO, G., NUNES, E. D. *"Requisitos minimos para la creacion de escuelas de medicina"*. In: Educacion Medica y Salud. Ops/Washington, v.13, n.3, p.272 - 287, 1979.

NUNES, E. D. *"Analise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas medicas - bases teóricas"*. In: Revista de Saúde Publica. , v.12, p.506 - 515, 1978.

NUNES, E. D., CAMPOS, R. Z. "*O ensino das ciências sociais nas escolas profissionais da área da saúde no Brasil*". In: Revista de Saúde Pública. São Paulo: , v.12, p.506 - 515, 1976.

TRABALHO, G., NUNES, E. D. "*Aspectos teoricos de las cienciais sociales aplicadas a la medicina*". In: Educacion Medica y Salud. Ops/Washington, v.8, n.4, p.354 - 359, 1974.

NUNES, E. D., CAMPOS, R. Z. "*O ensino das ciências sociais no currículo medico: um programa pioneiro*". In: Revista da Universidade Estadual de Campinas. , p.69 - 75, 1970.

NUNES, E. D. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999, v.1. p.234.

NUNES, E. D., BOTAZZO, C., FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais em Saúde Bucal: Questões e Perspectivas**, 1998

NUNES, E. D. **Juan César Garcia: Pensamento Social Em Saúde Na América Latina**. SP: Cortez, 1989 p.238.

CAMPOS, G. W. S., MERHY, E. E., NUNES, E. D. **Planejamento Sem Normas**, 1989

NUNES, E. D. **Ciencias Sociales y Salud en la America Latina: Tendencias Y Perspectivas**. Montevidéu : Ops/Ciesu, 1986 p.491.

NUNES, E. D. **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas**. Brasília : Opas, 1985 p.474.

NUNES, E. D. **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**. SP: Global, 1983 p.205.

NUNES, E. D. "*A Constituição da Área das Ciências Sociais em Saúde*" In: II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, 1999, São Paulo.

NUNES, E. D. "*Pesquisa inter e transdisciplinar*". In: VI Colóquio Pan Americano de Investigação em Enfermagem, 1998, Ribeirão Preto.

NUNES, E. D. "*A saúde como notícia*". In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília.

NUNES, E. D. "*A sociologia da saúde nos Estados Unidos*". In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , 2003. v.8.

NUNES, E. D. "*Módulo Saúde e Sociedade na reforma curricular do curso de graduação de medicina da FCM/UNICAMP*". In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: , 2003. v.8.

NUNES, E. D., BARROS, N. F. *"Carregando os frutos da terra"*. In: II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais, 1999, São Paulo.
Livro de Resumos. , 1999. v.1. p.135 – 135

NUNES, E. D., BARROS, M. B. A., ABBATE, S. L., CANESQUI, A. M. *"Prevalence of smoking and associated factors in workers of a brazilian University"*. In: The XV International Scientific Meeting of the International Epidemiological Associat, 1999, Florença.

NUNES, E. D. *"Social Science in Health in Brazil"*. In: 14th. World Congress of Sociology, 1998, Montreal.
Sociological Abstracts. , 1998. p.270 – 270

NUNES, E. D *"Condições Sócio-Econômicas, Morbidade e Uso de Serviços de Saúde dos Docentes e Funcionários da Unicamp"* – 1994 (em colab. Com Ana Maria Canesqui, Marilisa B. A Barros e Solange L'Abatte)

NUNES, E. D **Transformações sócio –Econômicas e Perfis de Mortalidade no Município de Campinas: 1900-1930,** em colab. com Lea D. P. Bevilaqua – 1991

NUNES, E. D **Estudo Avaliativo da Produção Científica em Saúde Coletiva: Dissertações e Teses - são classificadas 1072 dissertações e 327 teses**. Apresentado como Relatório de Pesquisa em 1997, os dados foram analisados em diversos artigos e apresentações.

NUNES, E. D **Bibliografia Latino-Americana de Ciências Sociais aplicadas à Saúde: 1980-1985 – Brasília:** Organização Pan Americana de Saúde, 1987. São apresentadas e classificadas 1085 referências bibliográficas.

NUNES, E. D **Os artigos da Revista Social Science and Medicine: 1989-1994, 1996** – foi realizada uma listagem de todas as palavras-chave, classificadas por temáticas e verificada a freqüência, apresentado como Relatório de Pesquisa. Trabalho concluído em 2001

BARROS, M. B. A., NUNES, e D. *"Mortalidade e classe social: Algumas considerações teóricas"*. Ciência e Cultura. , v.34, n.7, p.84 - , 1982.

BARROS, M. B. A., NUNES, e D, GAMBARO, J M, SOTTO, M A. "Mortalidade Infantil em Campinas: Tendência Secular"In:. Ciência e Cultura. , v.34, p.84 - , 1982.

BARROS, M. B. A., CANESQUI, A M, L'ABBATE, S, NUNES, E.D. *"Prevalência de morbidade em funcionários de uma universidade paulista"* In: IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 1994