

Sociologia Médica, Sociologia da Saúde ou Medicina Social? Um Escorço Comparativo entre França e Brasil

Medical Sociology, Sociology of Health or Social Medicine? A Comparative Analysis Between France And Brazil

Miguel Ângelo Montagner

Sociólogo, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Pesquisador bolsista - CNPq e Funcap. Endereço: Rua Eduardo Ellery Barreira, 29 apto 703 A, Cocó, CEP 60810-010, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: montagner@hotmail.com

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP).

Resumo

O objetivo deste trabalho é esboçar um estudo comparativo da sociologia médica na França e no Brasil, aproveitando a ocasião proporcionada pelas trocas e a discussão entre sociólogos brasileiros e franceses, que partilham um interesse mútuo sobre os estudos de sociologia da medicina de um lado e, por outro, a abordagem sociológica construída por Pierre Bourdieu. Ele contém uma reflexão sobre o status da sociologia dentro do campo da saúde, baseada em uma revisão da literatura científica francesa, norte-americana, inglesa e brasileira. Por meio dos trabalhos publicados sobre a área médica, procuraremos esclarecer os modos específicos de abordar a saúde, a doença e a medicina em cada um dos países, discernir suas particularidades históricas e delinear as relações entre a sociologia da saúde e a sociologia em sentido largo. Percebemos uma confluência de fatores como o núcleo da formação da sociologia médica no Brasil: um projeto social de reforma por parte dos médicos higienistas, um projeto de institucionalização da disciplina pelos professores de Ciências Sociais nas faculdades de Medicina e uma reforma conservadora do ensino no momento de governos autoritários.

Palavras-chave: Sociologia médica; Sociologia da saúde; Medicina social; Pierre Bourdieu; Campo.

Abstract

This paper presents a comparative study on medical sociology in France and Brazil by means of exchanges and discussions among Brazilian and French sociologists who share mutual interests in medical sociology studies and in the sociological approach of Pierre Bourdieu. This manuscript contains a reflection on the status of medical sociology based on a literature review of the scientific French, North American, British and Brazilian production. Using published papers on the medical field, we sought to clarify the specific ways in which health, disease and medicine are approached in both countries; to discern their historical particularities; and to outline the relations between sociology of health and sociology in the broad sense of the word. We observed a confluence of factors, such as the basis of the formation of medical sociology in France as well as in Brazil: a reforming social project developed by public health doctors, a project developed by social sciences professors to institutionalize the discipline in medical schools, and a conservative reformulation of education during authoritarian governments.

Keywords: Medical Sociology; Sociology of Health; Social Medicine; Pierre Bourdieu; Field.

Introdução

O objetivo deste trabalho é esboçar um estudo comparativo da atual sociologia construída sobre a medicina, a saúde e a doença, na França e no Brasil, aproveitando a ocasião ofertada pela troca de informações e discussões entre sociólogos que partilham um mútuo interesse, uma parte por trabalhos nessa linha temática e outra pelo método sociológico legado por Pierre Bourdieu¹.

Através da análise de diversos estudos sobre o tema, tentaremos discernir as aproximações específicas utilizadas para abordar a saúde, a doença e a medicina em cada um dos países, levando em conta suas particularidades históricas e traçando as relações entre esses setores e a disciplina sociológica.

Trata-se, em suma, de fazer uma revisão de algumas grandes linhas de força que caracterizaram as relações entre os setores de saúde e o resto da sociedade.

Na literatura brasileira sobre o assunto, percebe-se certa indefinição constante no uso das terminologias sociologia da saúde, sociologia médica ou medicina social. Essa questão parece, à primeira vista, bizantina. Mas ressalte-se que há uma redefinição constante das heranças históricas e teóricas do campo da saúde, com reinvestimentos e ênfases, por parte dos pesquisadores em atividade, em aspectos específicos da história da emergência do campo da saúde coletiva, como forma de melhor se situarem dentro dos movimentos de releitura do passado recente. Como apontou Bourdieu, a autonomia relativa dos campos sociais permite a redefinição das regras internas aos campos, por parte de quem deles participa, e mesmo a reinterpretção da própria história da sua gênese.

A despeito da enormidade da tarefa, propomos aqui alguns apontamentos com a intenção de delinear e clarificar a questão e, ao mesmo tempo, convidar os pesquisadores que se dedicam ao tema a aprofundar este debate.

Metodologia

Nosso esforço metodológico centrou-se na análise documental das obras de sociologia médica, sociologia da saúde e sobre a formação da saúde coletiva. Realiz-

¹ Este encontro foi possível graças ao apoio da CAPES, que me proporcionou uma bolsa de estudos para um estágio doutoral no Centre Maurice Halbwachs - École normale supérieure - ENS - Paris, no ano letivo 2005-2006.

zei uma pesquisa bibliográfica no portal de periódicos Capes que incluiu, dentre outras, as principais revistas da área que abordam a *medical sociology: Social Science & Medicine, Sociology of Health and Illness, Journal of Health and Social Behavior, The Milbank Quarterly e American Journal of Public Health*. Nessa busca no âmbito da saúde coletiva brasileira, utilizei a base de dados Scielo² como fonte bibliográfica. Revisei também, na minha dissertação de mestrado, as bases de dados de teses em saúde pública, encontrando algumas que tematizaram a formação da saúde coletiva no Brasil. No contexto francês, contei como fonte de dados, além das bases de dados como Persée³ e Cairn⁴, a pesquisa bibliográfica realizada durante meu doutorado sanduíche sob co-orientação⁵.

Por meio dos resumos, das citações cruzadas e da bibliografia dos artigos, dentro do modelo *bola de neve (snow ball)*, selecionei um conjunto de textos que tratassem da origem da saúde coletiva, medicina social ou sociologia médica para uma leitura em profundidade e uma interpretação teórica dos resultados. Nosso foco central foi a relação entre a sociologia franco-brasileira da área médica, mas incidentalmente discutimos a conformação desta sociologia na Europa, Grã-Bretanha, EUA, Canadá e América Latina.

Uma Conjunção de Saberes: a medicina social

Se concordarmos com a tese de Michel Foucault (1988), a medicina social seria um resultado, dentre outros, do desenvolvimento de técnicas, maneiras e saberes cujo objeto é o mundo social. O desenvolvimento de uma biopolítica, como ele descreveu, teria tomado inúmeros aspectos e abrangido quase todo o espaço social. Essa tecnologia aplicada às sociedades teria se traduzido por um recrudescimento do controle dos indi-

víduos que exigiria um conhecimento agudo de técnicas de mensuração, de esquadramento do espaço social e de individualização da vigilância nas sociedades. Nesse estudo, focaremos nosso olhar sobre o que se convencionou chamar de Medicina Social.

O desenvolvimento da idéia e da aplicação da medicina social à sociedade seguiu várias direções e rumos, sempre se adaptando às condições políticas, sociais e econômicas de cada país em que ela tomava corpo. Esse modelo de Medicina Social mantém sua atualidade, mesmo que o seu modelo tenha sofrido críticas posteriores, muitas delas agudas.⁶ Tentaremos aqui reconstruir as etapas de formação desse modelo.

Do ponto de vista atual, esse período de ouro da Medicina Social lembra ao pesquisador da área da saúde o paraíso perdido, no qual a primazia do social era indiscutível. Quando os grandes problemas e questões por que passavam as sociedades, há pouco industrializadas, tomaram vulto, a medicina serviu de instrumento e de técnica a serviço da resolução de alguns dilemas sociais.

Assim, Michel Foucault (1988) indica que a Alemanha foi o primeiro lugar no qual a Medicina Social tomou corpo e se traduziu em uma política formal, ativa, nos meados do século XVIII, batizada como “Medizinichepolizei”, polícia médica: foi concebida no quadro de uma política de saúde aplicada tanto aos médicos e suas escolas quanto à população em geral. Criou-se uma burocracia de funcionários, geralmente médicos, responsáveis pela administração dos saberes sobre a saúde.

Outro grande modelo surgiria depois, na Inglaterra do século XIX, através da efetivação na famosa “Lei dos Pobres” de uma legislação capaz de um controle mais fino sobre a população. Esse tipo de controle pressupunha a união de uma assistência social à intervenção médica, possibilitando o gerenciamento dos trabalhadores assalariados.

2 Disponível em <http://www.scielo.br/>.

3 Disponível em <http://www.persee.fr/>, um portal de revistas científicas em ciências humanas e sociais, criado pelo Ministério francês da educação, do ensino superior e da pesquisa.

4 Disponível em <http://www.cairn.info/accueil.php>, um conglomerado de editoras de ciências humanas, Biblioteca Nacional da França, Centro Nacional do Livro e outras instituições francesas.

5 Agradeço a Me. Marie Jaisson, da Université de Tours e do Centre Maurice Halbwachs da ENS, co-orientadora de meu estágio, pelas críticas e conselhos durante a preparação francesa da apresentação *La sociologie médicale en France et au Brésil : une esquisse comparative*, durante seminário 2005-2006 da EHESS, base da redação deste artigo.

6 A análise de Foucault, por iluminadora e instigante que seja em suas grandes linhas e que por ora basta aos objetivos do presente texto, apresenta fraquezas, sobretudo no plano histórico. Trabalhos como os de Dora Weiner, de George Weisz e outros permitem uma visão mais fina da dinâmica histórica nessas questões. Agradeço a Me. Marie Jaisson por essa indicação de textos.

Um terceiro modelo de desenvolvimento da medicina social é representado pela medicina higienista (essencialmente urbana), na França da segunda metade do século XVIII. Os objetivos dessa medicina urbana são resumidos por Foucault (1988) em três grandes pontos: análise das regiões insalubres do espaço urbano (acúmulo de sujeira, pessoas e perigos); controle da qualidade do ar e da água, tidos como fonte de miasmas e doenças e, por fim, controle da distribuição e frequência das fontes necessárias à vida nas cidades.

Foucault indica que essa Medicina higienista e urbana colocou em contato as ciências médicas e outras que conheceram grande desenvolvimento no período, como a Física e a Química. Dessa conjunção nasceria, se seguirmos literalmente o autor, a chamada Medicina Científica, resultado do uso instrumental e inserção do saber médico no discurso científico da época.

Desses três modelos de medicina social, aprofundaremos somente as origens da medicina de cunho higienista na França, que também influenciou a comunidade médica no Brasil. Para fazê-lo, é fundamental explicitarmos as ligações entre as disciplinas e discursos presentes na sociedade francesa, as condições sociais reinantes e as afinidades entre as diversas modalidades de discursos, que acabaram por consolidar, como um sistema, as idéias referentes à saúde e à doença.

O Discurso do Progresso e o Discurso da Saúde

Buscar as origens de uma disciplina no tempo, dentro do panorama intelectual francês, caracterizado por uma vasta tradição intelectual e uma grande diversidade de pensadores, pode se tornar uma tarefa infundável. Limitar-nos-emos, aqui, a estabelecer algumas idéias centrais que desaguarão, na sociologia francesa contemporânea, em um *corpus* bem delimitado de conhecimento.

A dupla revolução - Francesa e Industrial - impulsionou uma série de mudanças na maneira de se pensar as sociedades como um todo. Eventos de estatutos diferentes, político e econômico, estabelecem nas sociedades a idéia de ruptura com a ordem estabelecida e de mudanças sociais. Do caldo cultural e das grandes mudanças sociais nasce uma comunhão forte de conceitos em torno da idéia de progresso. No século XVIII, o conceito de progresso se apresentava como

uma entidade revolucionária, profundamente enraizada no pensamento político. Ele surgiu no rastro das alterações geradas tanto pela revolução política e industrial, no caso francês, e, na Europa em geral, pelas transformações políticas e econômicas dos séculos XVIII e XIX. No entanto, o próprio conceito é um solo comum no qual vicejam práticas e crenças diversas que se alternam dentro das sociedades. Uma boa abordagem dessa temática é a de Robert Nisbet (1985), que trata a crença no *progresso* no século XVIII, quando ele significava um pressuposto da liberdade humana, um meio para se atingir a igualdade entre os indivíduos, a emancipação do ser humano, dos povos e das nações. Ele ressalta suas transformações quando passamos desse século ao século XIX.

O conceito de progresso nos moldes modernos - secular, sistemático e natural - aparece pela primeira vez de forma conseqüente e elaborada na obra de Turgot. A sua conferência pronunciada na Sorbonne, *A Philosophical Review of the Successive Advances of the Human Mind*, coloca o progresso humano em termos de uma linha contínua de avanços e desenvolvimentos para toda a humanidade, que caracterizam as sociedades mais avançadas da época. Ou seja, a história passaria a ser uma história universal do gênero humano, na qual as diversas sociedades se encontram em etapas diferentes do processo de desenvolvimento e de progresso. As diferenças dos povos podem então ser medidas em relação a um padrão universal e, logicamente, europeu.

Outro famoso filósofo a discorrer sobre essa questão da evolução das sociedades foi Condorcet. Estabeleceu dez períodos evolutivos, situando a sociedade francesa no limiar da última fase da história humana. Após o advento da Revolução da qual participara como girondino e na qual seria morto em 1794, Condorcet acreditava que o derradeiro passo tinha sido dado. Para ele o fim das desigualdades seria o resultado do aperfeiçoamento da "arte social", baseada no progresso dos princípios de conduta e da prática moral. A evolução humana estaria amalgamada profundamente à idéia do controle sobre a natureza e do aperfeiçoamento humano. A ligação entre biologia humana e evolução será um tema recorrente também nos pensadores do século seguinte, reforçado fortemente com a teoria da evolução de Darwin. Esse raciocínio é exemplarmente exposto na passagem seguinte:

O aperfeiçoamento ou a degeneração orgânica das raças nos vegetais, nos animais, pode ser observada como uma das leis gerais da natureza. Esta lei se estende à espécie humana, e pessoa não duvidará com certeza que o progresso na **medicina conservadora**, o uso de alimentos e de moradias mais sãos, uma maneira de viver que desenvolveria as forças pelo exercício, sem as destruir pelo excesso; que enfim, a destruição das duas causas mais ativas da degradação, a miséria e a riqueza muito grande, não devem prolongar para os homens a duração da vida comum, lhes assegurar uma saúde mais constante, uma constituição mais robusta. Sente-se que os progressos da **medicina preservadora**, tornados mais eficazes pelos progressos da razão e da ordem social, devem fazer desaparecer com o tempo as doenças transmissíveis e contagiosas, e aquelas doenças gerais que devem sua origem ao clima, aos alimentos, à natureza dos trabalhos. Não seria difícil provar que esta esperança deve se estender a quase todas as outras doenças, às quais é provável que saberemos um dia reconhecer as causas ocultas. (Condorcet, 1971).

A relação entre os intelectuais e o Estado definiu-se nesse momento e pode ser evidenciada ao analisarmos as relações entre os ideólogos da Revolução Francesa e os movimentos de controle médico da população: uma decisão de primeira hora da Assembléia Constituinte, em 1790-1791, foi a criação, nos departamentos e principais cidades francesas, de Comitês de Salubridade.

Um potente aparelho de observação, como a medicina social, é colocado em prática e se desenvolve ubiquamente no campo do social. Há uma conjunção inédita entre “interesses estatais de controle social, de preocupações humanísticas e higienísticas de ajuda às populações mais deserdadas e uma busca científica de aplicação aos fatos humanos dos métodos matemáticos testados nas ciências da natureza” (Berthelot, 1991).

Durante todo aquele século houve o reconhecimento do espaço social como meio para a ação humana. O substrato que marca os primórdios da chamada medicina social estava impregnado das idéias das mudan-

ças sociais e da tomada de posição frente ao conhecimento do mundo; ele jogará um papel relevante durante todo o século XIX.

Os recursos às grandes analogias entre o biológico e o social, entre o mundo dos organismos físicos e o da sociedade não vão cessar de se estabelecer com grande força até o século seguinte. No entanto, com o advento da teoria do germe de Pasteur, emergem novos domínios de experimentação nos quais as ciências médicas encontram um terreno de desenvolvimento, afastando-se das características eminentemente sociais da etiologia da doença. Essas analogias foram grandemente facilitadas pela influência de uma variante do positivismo que se enraizou na Inglaterra e retornou à sociedade francesa sob a forma de darwinismo social. A partir de 1870, é muito difundida a obra de Spencer, na França, sobretudo graças ao filósofo Alfred Spinas.

No período de 1870 até a primeira Guerra Mundial, havia uma variedade de intelectuais atuando na explicação do mundo social, e todos buscaram estabelecer as leis próprias da sociedade. Na França, o fim do século XIX corresponde ao momento de consolidação do sistema universitário e a sociologia como disciplina acadêmica não existia ainda⁷. A sociologia como uma nova empresa seria assumida por uma corrente de filósofos, da qual Durkheim era o principal representante. Ele percebia na sociologia um novo método que permitia suplantiar uma prática filosófica tornada estéril no plano científico.

O panorama no qual surge a moderna sociologia durkheimiana é dominado pelos paradigmas positivista e organicista. Ambos transparecem em obras de inúmeros autores e de variadas formas. No entanto, estabelecem, para usar uma metáfora biológica, um caldo de cultura no interior do qual florescerá a ciência social, no final do século XIX.

Assim, Durkheim teve a tarefa de marcar firmemente as fronteiras e delimitar claramente o objeto da sociologia. Para tanto, e apesar da utilização frequente de analogias biológicas em suas obras, teve que se afastar claramente da chamada física social de Comte e estabelecer o mundo social como uma entida-

7 O primeiro diploma de sociologia na França, no nível de graduação, seria criado em 1958. Quanto ao tema, ver Chenu, A (2002). Une institution sans intention: la sociologie en France depuis l'après-guerre. Actes de la recherche en sciences sociales, v.141-142, p.46-59, 2002, que analisa o esforço de renascimento das ciências sociais na França.

de além do individual e do orgânico. Ao romper com o biologicismo, estabelece um distanciamento claro com os estudos na área da medicina e da biologia. Esse vínculo só será retomado após a II Guerra Mundial, quando terá esmaecido o paradigma da escola durkheimiana.

A Emergência do Campo da Sociologia Médica e da Medicina Social na Europa

As condições de aparecimento de uma moderna subdisciplina chamada sociologia médica, posteriormente chamada da saúde, são muitas e variam de acordo com o país em questão. No entanto, há unanimidade entre os autores que trabalham o tema em indicar o período após a II Guerra Mundial como o momento de retomada tanto das ciências sociais quanto da sociologia médica no continente europeu. Eric G. Saint aponta esse período como um marco que inaugura uma nova era (a segunda) da moderna medicina, tendo a primeira ocorrido no período de 1840 a 1945:

A Segunda Guerra Mundial serviu como um grande divisor de águas, catalisando a revolução científica, educacional e sociológica. (...) Os governos de pós-guerra foram forçados, pela opinião pública e pelos próprios grupos profissionais, a responderem a demonstrativa necessidade de mudanças. Foram forçados a proverem, por um lado, um sistema mais igualitário de saúde em sociedades nas quais a memória dos anos de escassez estava vívida, e a proverem, por outro lado, condições nas quais a prática científica da medicina pudesse florescer (Saint, 1981).

Para o sociólogo francês Steudler (1972), esse movimento ganha força na França nos anos 1960 com uma reaproximação entre medicina e ciências sociais, que se traduz em um aumento decisivo no número de pesquisadores engajados no campo. Steudler aponta que, se essa afinidade entre os campos é de múltipla origem, ela aparece como um produto de dois principais fatores:

- das pressões inovadoras sobre a prática da medicina, geradas pelo desenvolvimento técnico e organizacional da ciência médica;
- do novo estatuto dos fatores sociais e ambientais na

aparência e evolução das doenças, implicando em uma nova relação terapêutica, carregada de influências psicológicas e sociais.

Em relação ao primeiro aspecto, fica claro que, a partir dos anos 1960, mudanças significativas ocorriam na técnica médica. Com a *concentração dos atendimentos em unidades complexas* como os hospitais, local no qual acontecem a pesquisa, o ensino e o cuidado em si, novos problemas quanto à organização dessa instituição aparecem na pauta do dia. Outro ponto se refere ao *crescimento dos custos da saúde*, que levam a dilemas orçamentários e discussões políticas quanto aos investimentos a serem realizados. Além disso, há uma *transformação da prática médica* ligada a uma série de alterações no campo: a inserção de novos grupos sociais no ambiente médico, participando do ato curativo ou de cuidado; especialização das áreas médicas; alteração da relação médico-paciente; maior divulgação e difusão dos conhecimentos médicos; mudanças na hierarquia e *status* dentro dos grupos médicos e outras.

Novas demandas se apresentaram no espaço social questionando, à luz do novo papel da medicina, o lugar privilegiado dos médicos como agentes do processo da promoção da saúde, pois pareciam até então corporativistas e preocupados em defender sua cômoda posição em relação ao Estado e aos administradores públicos da saúde.

Ainda dentro do tema da transformação da tecnologia médica e da pressão gerada sobre a prática, surgia com força o tema da redefinição da formação do profissional da saúde. Essa discussão versava sobre as escolas de medicina e sua organização do ensino, nas quais são gerados e se reproduzem os agentes da prática médica.

Todos esses fatores eram oriundos de um movimento “interno” à ciência médica e resultado de sua própria dinâmica.

Quanto às características externas, devemos sublinhar que, ao mesmo tempo em que a medicina mudava internamente, havia fatores devidos à mudança no próprio perfil epidemiológico das sociedades e na maneira como se considerava os aspectos psicológicos do adoecimento. De acordo com Steudler (1972), as doenças crônicas do pós-guerra e o desenvolvimento das ciências comportamentais, como a psicanálise e a antropologia, levaram a um investimento crescente na busca das origens sociais e mentais das doenças.

Quanto à sociologia em geral e à sociologia médica em particular, podemos apontar algumas características gerais que podem ser enfeixadas em um conjunto comum de variáveis. O impacto das duas grandes guerras não pode ser minimizado. No caso da sociologia, como em tantas outras áreas, a segunda guerra significou uma pá de cal na transmissão dos conhecimentos e do ofício; esta ausência favoreceu a importação dos modelos intelectuais norte-americanos, afastados daquela tradição sociológica. Foi necessário reconstruir as bases teóricas e os quadros intelectuais, destruídos durante esse período.

Para a Europa, a II Grande Guerra marcou o fim da sua hegemonia e o começo da hegemonia norte-americana. Isto se traduziu pela imposição de sua ciência, como por exemplo, em medicina, a descoberta dos antibióticos e, em ciências sociais, através de programas de financiamento americanos que permitiram a imposição das suas problemáticas, como a do estudo das profissões. Isso teve como consequência relegar ao ostracismo, por muitas décadas, todas as ciências sociais européias e notadamente as francesas. Elas serão retomadas em suas próprias tradições progressivamente a partir dos anos 1960, como no caso da sociologia durkheimiana, reabilitada por Bourdieu nessa época.

Com a intenção de entender a formação da sociologia médica na Europa, Lisbeth M. Claus (1983), no fim dos anos 1970, realizou um trabalho sobre as origens e o desenvolvimento dessa especialidade na Europa, através de questionários aplicados a 646 profissionais atuantes nessa área, em conjunto com estudos históricos e analíticos sobre cinco países - Reino Unido, Bélgica, Polônia, República Federativa Alemã e França. Como conclusão, ela sublinha que a institucionalização da sociologia médica resulta da convergência de dois fatores: primeiro, as mudanças sofridas nas tendências da saúde, da medicina e do cuidado médico, sobretudo com a instalação do *Welfare State*; segundo, de forma concomitante, o crescimento e amadurecimento das ciências sociais as habilitaram, através de instrumentos metodológicos e quadros teóricos adequados, a reivindicar uma atuação nas sociedades do pós-guerra.

No quadro a seguir, construído com os dados fornecidos por Claus e complementado por outros autores, percebemos que o desenvolvimento da sociologia

médica aconteceu segundo uma cronologia diferente nos países europeus. Fica claro que aqueles que conheceram um desenvolvimento precoce da sociologia médica foram os que estavam mais diretamente influenciados pelos EUA, como a Grã-Bretanha, seguida da Alemanha Federal. No caso específico da Inglaterra, o primeiro Departamento de Medicina Social foi formado em 1939, em Oxford, e nesse espaço gradativamente foram incluídos, nos trinta anos seguintes, pesquisadores oriundos das ciências sociais. A partir desse espaço acadêmico, conseguiram atingir a especialização necessária para desenvolverem pesquisas com perfil epistemológico oriundo do referencial sociológico. Como coroamento desse processo, criou-se um ramo diferenciado e nomeado, a exemplo e sob influência americana, sociologia médica. A medicina social voltou-se para e passou a atuar dentro da lógica epidemiológica dos estudos populacionais, e assim, ganhou uma maior legitimidade científica (Reid, 1976). No caso dos outros países, a sociologia médica só aparecerá no fim dos anos 1960 ou nos anos 1970.

Quadro 1

Período de institucionalização da sociologia médica - Europa*	
Meados dos anos 1950	Reino Unido (Social Medicine), USA
Final dos anos 1950	Rep. Fed. da Alemanha (1958)
Meados dos anos 1960	Polônia, Finlândia, Bélgica
De meados ao final dos anos 1960	Áustria (1967)
Anos 1970	Majoria dos países europeus França, Espanha (1976), Hungria (1970)
Anos 1980	Portugal

Fontes: Claus, 1983; Lahelma e col., 1988; Campos e Miguel, 1982; Remoaldo e col., 2007; Kullberg, 1986.

No Canadá, em Québec, o surgimento da disciplina sociologia da saúde, emancipada da medicina social, ocorreu em torno de 1965, quando a saúde torna-se um objeto de disputa entre grupos sociais que percebiam de forma diferente, e às vezes conflitante, o seu acesso aos cuidados de saúde (Dumais e col., 1975).

Algumas variáveis podem ser colocadas em evidência quando se analisa o nascimento dessa nova especialidade sociológica na Europa. Inicialmente, há fatores gerais que se referem ao contexto histórico europeu, e sua incidência sobre os conhecimentos em

geral e a sociologia em particular. Depois consideraremos aquelas que tocam particularmente à sociologia médica.

Nos anos 1960 ocorreu um investimento estatal maciço nos fundos de pesquisa e no desenvolvimento de pesquisas, e as ciências sociais foram relativamente privilegiadas. O objetivo, da parte dos organismos de financiamento, era obter dados que orientassem políticas públicas.

No caso da medicina, a organização, no pós-guerra, dos sistemas estatais de saúde e de previdência social do *Welfare State* havia gerado altos custos orçamentários. Essa alta de custos levou, nos anos 1960, a um aporte de fundos privados e públicos para pesquisas, como forma de solucionar esses problemas.

Os países europeus conheceram, nesse período, uma expansão e democratização do ensino superior, através da criação de novas universidades e do aumento do número de vagas.

Outro ponto refere-se ao desenvolvimento da sociologia como uma ciência moderna, “apartada” de sua tradição clássica e de sua herança anterior. A absorção parcial do modelo americano de pesquisas, mundialmente hegemônico no período, facilitou, por um lado, a sua especialização em subáreas e, por outro, o surgimento de novos estudos e objetos. Isso estimulou o desenvolvimento da sociologia aplicada ao campo médico.

Deve-se considerar também a importância dos movimentos sociais de contestação social dos poderes constituídos, especialmente por parte dos estudantes, dentro do clima de inquietação política do período. Novas áreas de atuação dentro da estrutura acadêmica foram reivindicadas pelos agentes sociais, aí incluídas o ensino e a educação médica. Novas propostas e novos regulamentos são colocados na ordem do dia dentro das escolas médicas, buscando uma melhor prática médica, questionada como expressão do “poder médico”.

A introdução de ciências comportamentais no currículo médico parecia uma forma de adequar a atuação dos futuros médicos. Essas mudanças abriram as portas das escolas de medicina aos especialistas de ciências sociais e um novo espaço de atuação a muitos sociólogos da saúde. Além disso, a crítica ao sistema de saúde se fazia cada vez mais aguda e demandava respostas sociais urgentes.

Esse impulso pela abordagem das questões de saúde sob o prisma das ciências humanas, especialmente as sociais, representou uma retomada das origens europeias de uma medicina mais ligada ao social, cujas raízes se encontram no século XIX na maioria dos países europeus. Apesar do declínio da medicina social quando ascendeu e ganhou força o paradigma biomédico, na virada para o século XX, a medicina dita social deixou marcas que podemos ainda discernir na sociologia médica atual.

Por outro lado, alguns fatores trabalharam no sentido de conter a autonomização dessa subdisciplina em território europeu, de acordo com Claus (1983).

Um primeiro freio foi a rígida estrutura universitária europeia, fruto da tradição e sedimentação disciplinar ao longo dos séculos. Isso gerou dificuldades na institucionalização da própria sociologia que tradicionalmente partilhava o espaço com outras disciplinas agrupadas sob o rótulo de humanidades (*a posteriori* também na subárea ligada à saúde). Outra dificuldade foi a própria maneira como as carreiras universitárias se desenvolveram, ligadas a relações corporativas e francamente determinadas pela estrutura acadêmica. Essa peculiaridade dificultou a criação de novos postos e áreas de estudo.

Outra razão que obstaculizou o desenvolver da disciplina relaciona-se à imagem percebida da sociologia como uma atividade de extremo criticismo e politicismo. Isso teve como efeito uma manutenção a distância dessa jovem disciplina, facilmente rotulada como radical, o que tornou difícil sua integração em espaços mais conservadores, como o meio médico em geral.

Por fim, as difíceis interlocuções com as disciplinas fronteiriças, há muito arraigadas no universo acadêmico, como a medicina social, a saúde pública, a demografia médica e a geografia, que competiam em áreas afins e monopolizavam o acesso ao universo médico, o que impedia a realização de alianças e pesquisas com os profissionais da saúde.

Enfim, um último obstáculo apontado por Claus foi o da ausência fundamental de teorias ligadas ao *mainstream* sociológico, que pudessem dar apoio e dialogar com essa área específica de conhecimento, a exemplo dos trabalhos de Parsons e Merton nos EUA. Essa ausência de diálogo entre os grandes pensadores da sociologia com aqueles inseridos nesse setor específico de conhecimento – a sociologia médica – é uma exce-

ção inexplicável, se temos em vista o fato de que outras linhas teóricas se desenvolveram dentro das ciências sociais - sociologia do trabalho, da família, da religião e outras não conheceram essa lacuna teórica.

Um Campo Específico: a sociologia médica francesa

Tudo do que até aqui foi discutido sobre a Europa em geral pode ser aplicado à França. No entanto, alguns fatores históricos e sociais próprios explicam a conformação diferenciada de alguns aspectos da sociologia médica francesa. Ainda que a prática médica nos EUA e a estrutura da saúde como é estudada pela sociologia médica seja muito diferente de sua homóloga na França, esta influenciou intensamente os trabalhos franceses nesse domínio.

O crescimento e o desenvolvimento da sociologia como disciplina mãe ganhou novo ímpeto a partir do pós-guerra, nos anos 1950 e 1960. Contrariamente ao que aconteceu na sociologia americana, na qual Talcott Parsons dominou a disciplina por muitas décadas e exerceu um papel marcante na profissionalização e teorização da sociologia médica, os sociólogos franceses mais conhecidos não tomaram a medicina como um objeto de estudo próprio e relevante (Herzlich, 1985). Ao contrário, a sociologia médica na França foi bastante influenciada pelo modelo americano e sua emergência pode ser datada nos anos 1970 (Jaisson, 1988).

Diferentemente de outros países europeus, o fantasma dos dilemas da reconstrução do atendimento das populações doentes pareceu ter sido exorcizado pela sociedade francesa, ao menos nas primeiras décadas do pós-guerra, como ressaltou Herzlich (1985):

Nosso sistema de saúde pareceu ser uma síntese harmoniosa caracterizada pela coexistência de práticas médicas privadas (a chamada medicina liberal) com reembolso pela seguridade social. Supostamente, a sociedade francesa chegou a um equilíbrio; a escolha livre do paciente de seu médico entrou em acordo com a garantia financeira do direito do cuidado médico.

Na visão de Steudler (1986), o primeiro papel do Estado francês foi no sentido de prover o atendimento de saúde a toda a população e também manter o desen-

volvimento da própria medicina. Nesse objetivo, eram considerados os interesses dos grupos profissionais que atuavam em saúde e as demandas sociais. Esse papel do estado é chamado por ele de *guardião*.

Essa política pôde manter-se durante o período de ouro do *Welfare State*, devido ao expressivo crescimento da economia e também do esforço governamental de Charles de Gaulle em desenvolver pesquisas na área da saúde. Ela começa a entrar em crise no final da década de 1960, quando, sintomaticamente, começam a ser investidos novos recursos em pesquisas econômicas e sociológicas centradas na medicina como objeto de estudo. Como aponta o autor, o total de impostos pagos pelos franceses, resultado da soma de taxas normais mais a contribuição à seguridade social, chegou a tomar 32,8% do PIB (GDP) francês em 1959. Quinze anos mais tarde, em 1973, atingiu 35,7% e, em 1980, chegou a 41,6%. Esse aumento contínuo, superior ao crescimento da economia, aliado à crise econômica consecutiva ao choque de petróleo no início dos anos 1970, levou a uma crise do estado de Bem-Estar Social.

Para Steudler (1986), as dificuldades começarão a reaparecer nos anos 1960 e progressivamente se tornarão incontornáveis, gerando nos anos 1980 um amplo debate público. O aumento dos custos e os problemas enfrentados no sistema de hospitais públicos levaram a iniciativas do Estado no campo da saúde, com o interesse de conhecer a área e implementar políticas públicas adequadas.

Nesse momento de crise, os interesses dos profissionais de saúde e dos beneficiários desse sistema foram suplantados pelo modelo economicista que entra em vigor nesse período. Nos termos de Steudler (1986), o papel estatal passa de *guardião* à *força guia*, frente às novas necessidades econômicas e sociais.

A entrada em cena do Estado francês nesse novo papel coincide com o momento de crescimento e maturação da sociologia na França. Até então uma disciplina marginal, a institucionalização da sociologia ocorre no confronto com outras disciplinas, melhor enraizadas no contexto acadêmico francês, como a filosofia, a história e outras.

Claudine Herzlich (1985) apontou que o desenvolvimento dessa sociologia esteve ligado às iniciativas, demandas e financiamentos do Estado, que incentivou financiamentos de projetos de pesquisa sobre a área médica, o que mostrava a intenção de aplicar as

ciências sociais na área médica, embora os pesquisadores dispusessem de meios de preservar certa autonomia em vista do Estado financiador, por meio de instituições de pesquisa como o CNRS. Apesar desse incentivo estatal, esses esforços iniciais não foram capazes de abrir as portas do mundo médico e da Ordem dos Médicos, instituição de controle dos mesmos por seus pares e com a qual o estado deve lidar sobre todas as questões de reforma do ensino, da prática médica e outras.

Ela constatou que a iniciativa desse novo estado, através da criação da DGRST - Delegação Geral para a Pesquisa Científica e Tecnológica - uma agência sob as ordens do primeiro ministro da França, foi extremamente bem recebida, pois “estes projetos tinham a intenção de ajudar a entender o sistema de saúde e otimizar o seu funcionamento. Esse sistema não podia mais ser deixado somente nas mãos dos médicos, pois suas contradições estavam se tornando visíveis” (Herzlich,1985).

Com essa abertura e instalação da DGRST, pesquisas sobre o campo da saúde começam a ser publicadas sistematicamente, versando sobre políticas hospitalares, evolução da seguridade social, imagens sociais da saúde e da doença, saúde mental, pessoas deficientes físicas, organização hospitalar e acesso aos serviços de saúde, dentre outras.

De uma maneira mais geral, Michael Pollak (1976) notava que o começo dos anos 1970 foi marcado na França pela multiplicação das ofertas de financiamentos de projetos em ciências humanas e sociais, sobretudo sobre questões médicas. Elas eram oriundas de organismos públicos como a citada DGRST, também do CORDES ou de outros.

Nesse período de institucionalização e consolidação da sociologia médica, sob influência norte-americana, os estudos sobre as profissões de saúde são retomados e traduzidos pelos pesquisadores franceses, com o objetivo de consolidar esse domínio ainda escassamente representado. Marie Jaisson (1988) descreveu esse esforço nos seguintes termos:

Um conjunto de trabalhos nessa linha é publicado no Centro de Estudos de Movimentos Sociais do EHESS em Paris, onde sociólogos como Jacques Saliba, François Steudler, Claudine Herzlich, Régine Rodriguez, Serge Mallet, Lucien Karpik, Antoinette Chauvenet, sob direção de Alain

Touraine, guiarão seus esforços em direção das questões médicas. Alain Touraine havia pesquisado a sociologia médica em sua tese e, em conjunto com Jean-Daniel Reynaud, publicará um artigo sobre os estudantes de medicina (Reynaud e col., 1956). François Steudler publicou em 1972 sua obra *Sociologie médicale* e dois anos mais tarde dedica o livro *L'hôpital en observation* ao estudo do universo hospitalar (1974). Claudine Herzlich, formada inicialmente em psicologia social, publicou uma primeira obra sobre o estudo das representações sociais sobre a doença e a saúde (Herzlich, [1969] 1984). Um ano mais tarde, ela edita um conjunto de textos de sociologia da medicina publicados originalmente em inglês, *Médecine, maladie et société* (Herzlich, 1970). Por fim, ela difundiu na França a obra de referência na área, de Eliot Freidson, *La Profession Médicale*.

Um passo inicial na via da institucionalização da sociologia médica na França foi o primeiro balanço sobre a produção científica, publicado em 1973 na *Revue française de sociologie*, no qual encontramos trabalhos que versam sobre o ambiente médico ou temas específicos ao campo médico, reunidos e apresentados por Jacques Maître (1973). Nesse volume, vemos que boa parte dos estudos tem objetos muito ligados à ideologia das instituições médicas e que esse panorama mudaria em seguida para objetos mais dentro das tradições sociológicas (Montagner, 2008).

Somente no final dessa década se institucionalizará definitivamente na França a disciplina sociologia médica, com o surgimento de um grupo significativo de pesquisadores e grupos coesos de pesquisa, aglutinados em torno do primeiro colóquio organizado sobre *Saúde, Medicina e Sociologia*, ocorrido em julho de 1976. A partir de então, pode-se dizer que se institucionalizou e cristalizou-se a especialidade, cuja expressão de sua produção científica será feita na revista *Sciences Sociales et Santé*, criada expressamente para esse fim em 1982.

No entanto, a despeito do impulso tomado pelas pesquisas nesse período, a sociologia médica não conseguirá se implantar com esse título no meio médico, que constitui um grupo profissional muito fechado na França, mesmo se individualmente alguns pesquisadores tenham chegado a se misturar no seio da corporação, mas essa posição sempre foi instável.

A sociologia médica na França é muito menos enfrontada no espaço médico, se comparada com os EUA e o Brasil: o ensino nas faculdades de medicina ainda é pequeno e praticamente negligenciável. Ao contrário de outros países europeus, nos quais a sociologia penetrou nas escolas médicas através e para o ensino, a sociologia médica francesa ficou restrita a uma atuação externa ao campo médico e seus conteúdos não estão claramente definidos nos currículos e nas carreiras médicas (Herzlich, 1985). Como comentou Herzlich (2007), mesmo passadas décadas da data em que começou esse tipo de ensino, a discussão a respeito de como implementá-lo e suplantá-lo e as dificuldades continuam atuais.

É preciso esclarecer aqui que, depois de uma reforma dos estudos médicos em 1982, na França, um curso em ciências humanas é obrigatório no primeiro ano de estudos e representa uma porcentagem não desprezível da nota final do ano letivo; somente 20 a 25% dos estudantes que começaram os estudos do primeiro ano das faculdades passarão ao segundo ano e poderão prosseguir na carreira médica. A escolha das disciplinas a serem ensinadas no contexto geral da formação em ciências humanas depende da escolha do corpo de professores e quadro de cada faculdade; assim, se podemos encontrar algumas horas de cursos de sociologia e antropologia, são mais frequentes os conteúdos de psicologia, de psicanálise ou epidemiologia (Jaisson, 1995).

Nos anos 1980, começa uma institucionalização da sociologia na área médica, mas confirma-se a importância da demanda do Estado no desenvolvimento das pesquisas, o que torna delicada a questão da autonomia dos trabalhos realizados. Assim, não é surpreendente que essa especialidade não tenha na França a estrutura institucional que tem nos EUA, ainda que algumas obras sejam muito reconhecidas (Jaisson, 1988).

Isso é corroborado atualmente pela afirmação de Herzlich (2007), que constata que, após um período de interesse Estatal e público pela sociologia médica, voltou-se a um estado de crise de recrutamento e financiamento nos anos 2000, devido ao crescimento da concorrência com os profissionais da própria área médica por recursos escassos. Ao mesmo tempo, ela está longe de ser claramente aceita no seio da disciplina mãe e a reprodução de pesquisadores e especia-

listas na subárea encontra-se fracamente institucionalizada. Como afirma a autora, os pesquisadores desse campo têm sérias dificuldades em criar uma identidade profissional claramente reconhecível através de seu trabalho.

Em resumo, a medicina em geral na França apresenta como característica ser dificilmente acessível, sendo efetivamente monopolizada pelos profissionais médicos. Essa dificuldade projeta-se sobre o alcance dos estudos empreendidos dentro do espaço médico, em número e qualidade. Há um bloqueio relativo e um forte controle por parte da Ordem dos Médicos do acesso aos objetos de pesquisa diretamente ligados às práticas de saúde e outros assuntos internos, o que diminui a legitimação das pesquisas do sociólogo médico (ou da saúde) no seio da sociologia *stricto sensu*; como também aos olhos das instâncias de fomento, o que restringiria os financiamentos públicos para os sociólogos da medicina e da saúde. Percebe-se uma confluência de fatores como o núcleo da formação da sociologia médica na França, atrelada à construção do *Welfare State* e a sua ‘deconstrução’ nos anos 1970.

Já no Brasil, tivemos três grandes linhas de força na construção da sociologia médica, da medicina social e depois da saúde: um projeto social de reforma da parte dos médicos “higienistas”, um projeto de institucionalização da disciplina da parte dos professores de ciências sociais dentro das Faculdades de Medicina e uma reforma conservadora da parte dos governos autoritários (Carvalho, 1997). Deste processo ensaiaremos a descrição.

A Gênese da Saúde Coletiva

A emergência da saúde coletiva ocorreu através de um processo de autonomização frente à Saúde Pública, da própria Medicina Preventivista e do modelo de Medicina Comunitária, alargando seu objeto de estudo e redefinindo suas fronteiras.

A conjugação de fatores internos ao campo, como a constituição de instrumental teórico institucionalizado, aliada aos fatores externos, a luta pela democratização e o movimento sanitário de cunho ideológico (no pleno sentido do termo) foram coroados com a institucionalização de um novo espaço de práticas nomeado “saúde coletiva”.

As formações discursivas - no sentido de Foucault - presentes no campo da saúde, sob o efeito das práticas discursivas colocadas em jogo pelos movimentos sociais, acabaram cristalizando-se em torno de uma nomeação específica, destinadas a justificar ideologicamente práticas sociais, como ocorreu com o conceito “saúde coletiva”.

Esse processo de consolidação do projeto da saúde coletiva ocorreu, de acordo com Costa (1992), a partir de três linhas de força: o campo de produção de conhecimento, um esforço de formulações de políticas públicas e uma expressão da organização (corporativa) dos profissionais da saúde do setor público.

Penso que tanto a formulação de políticas públicas como a organização corporativa dos intelectuais desse período foram a expressão da intervenção expressiva do estado brasileiro e do contexto político repressivo sob o qual agiam os agentes sociais, como sublinhou Carvalho (1997).

Nessa linha de raciocínio, Patrícia Tavares Ribeiro (1991) estudou as condições sociais da emergência desse novo campo social e constatou que o “projeto científico da saúde coletiva” foi o resultado da “experiência acumulada de ensino e pesquisa no âmbito das atividades científicas do movimento da medicina preventiva, da medicina social e da saúde pública” e da “conjuntura político-institucional da FINEP de extrema permeabilidade em relação ao apoio ao desenvolvimento científico na área social”, com “um quadro dirigente de técnicos progressistas, sensíveis a temática da saúde”.

A autora constatou a ausência de um projeto acadêmico unificado, capaz de fazer frente às demandas por resolução dos grandes problemas sociais. Ao analisar o período de emergência de instituição da saúde coletiva, apontava a dependência acentuada da produção acadêmica de fontes estatais de financiamento, por meio de projetos de pesquisa e uma grande ênfase dada à lógica política, com a conseqüente colocação em segundo plano da produção teórica; e por fim, uma ênfase epistemológica, durante sua fase constitutiva, no modelo estrutural-marxista, caracterizado pelo discurso científico macro-sociológico e generalista, distante das demandas práticas do campo.

Esse projeto acadêmico e essa produção teórica no período de emergência do campo foram divididos por

Burlandy (1993) em dois períodos principais: o primeiro, de 1979 a 1985 e o segundo, de 1989 até 1991, durante a implantação da Reforma Sanitária. No primeiro, a ênfase foi no modelo estrutural-marxista. No segundo período, durante a implementação das políticas elaboradas e conquistadas pelo movimento de reforma da saúde no Brasil - período da criação do SUS - percebemos uma tendência de redefinição dos marcos conceituais que permitiram a conquista desse novo sistema de saúde. Emergiu então, com força, a temática epistemológica e a revisão dos marcos teóricos que embasavam o campo recém-criado.

Sabemos que uma separação real dentro do conjunto de forças sociais que influenciaram a emergência do campo é impossível de realizar, mas pretendemos discernir algumas linhas centrais. Considerando os estudos citados, podemos ensaiar aqui uma divisão de acordo com três categorias: Externas - movimentos sociais e mudanças históricas das sociedades; Ideológica - políticas públicas e organização corporativa das profissões; e Interna e epistemológica - *corpus* de conhecimentos e instrumentos técnicos.

Poderíamos afirmar que a saúde coletiva constituiu-se como um *corpus* em relação à medicina em geral e ao modelo biomédico, contando com uma ideologia comum, um arsenal delimitado no referencial epidemiológico, no planejamento em saúde e no instrumental das ciências sociais aliados à herança dos conhecimentos da medicina preventiva e da saúde pública. Esse *corpus* representa um campo interdisciplinar em disputa constante com outros atores e instituições da área médica pela definição legítima de seu objeto científico.

Nesse espaço social, a sociologia representa hoje em dia um dos discursos presentes, disputando atualmente com outras disciplinas humanas há pouco introduzidas no campo e com os intelectuais mais ligados a outras tradições teóricas a hegemonia do discurso legítimo.

Por fim, as disciplinas presentes no campo da saúde coletiva tendem a se concentrar em três grandes áreas diferenciadas: a epidemiologia, o planejamento em saúde e as ciências humanas e sociais, apontando para uma segmentação institucionalizada. Essas áreas tornam-se cada vez mais segmentares e especializadas, com Congressos individualizados, revistas específicas e bases metodológicas diferenciadas.

Um Escorço Comparativo

As comparações históricas sobre a emergência da sociologia médica, sobretudo de origem norte-americana, foram tema de alguns estudos de autores há muito dentro desse campo de atuação.

A grande e clássica formulação foi realizada por Robert Straus e, em torno dela, giram até os dias de hoje os debates sobre a história dessa especialidade, por isso a delinearemos rapidamente. Em sua conferência “*The Development of a Social Science Teaching and Research Program in a Medical Center*”, realizada em um encontro anual da *American Sociological Society*, em 1955, e publicada dois anos mais tarde (Straus, 1957), aportou duas categorias para caracterizar a posição dos sociólogos face ao campo médico. Ele detectou e estabeleceu uma definição lógica e formal entre uma sociologia *da* (of) e outra *na* (in) medicina. Straus define como sociologia *da* medicina aquela que se refere ao estudo das estruturas organizacionais, relações entre papéis, sistemas de valores, rituais e funções da medicina como sistema de comportamento. Esses estudos são realizados por profissionais exteriores ao espaço médico, aportando em suas análises quadros conceituais mais completos que geram conhecimentos teóricos e conceituais. Ao contrário, a sociologia *na* medicina é produzida por sociólogos ou outros especialistas originários do meio médico e que recorrem, em suas pesquisas e ensino, a conceitos, técnicas e pessoal oriundos de várias disciplinas, como as ciências do comportamento, a psicologia, a biologia. Nesse esforço, resolvem ou tendem a resolver problemas específicos ligados à demanda interna ao campo médico, não necessariamente gerando resultados teóricos e conceituais. Esses dois tipos seriam incompatíveis, pois o primeiro, sociologia *da* medicina, com sua preocupação de autonomia em relação ao seu objeto, encontra dificuldades de acesso ao mesmo; o segundo, a sociologia *na* medicina, beneficia-se de uma maior facilidade de acesso, mas sofre de enormes dificuldades em manter a autonomia de sua prática e, assim, de dispor das condições necessárias ao trabalho de objetivação.

Glosando essa divisão realizaram-se várias abordagens e uma que nos pareceu importante foi a proposta por Cockerham (1983), entre uma disciplina *aplicada* ou *pura*. Esse foi o fio condutor de suas análises

sobre a Grã-Bretanha, a Alemanha e a Áustria. Ele comparou o panorama europeu ao norte-americano e concluiu que, em geral, a sociologia médica europeia é muito mais aplicada, além de estar ligada a temas específicos do universo médico, enquanto a sociologia médica norte-americana seria mais pura e teórica, lembrando as contribuições de Parsons e outros, profundamente ligados ao *mainstream* sociológico naquele país. Quanto à França, sua análise aponta um caráter aplicado dos trabalhos de sociologia médica.

Essa proposta contrapõe-se frontalmente à posição da socióloga Claudine Herzlich (1985), que afirma que a sociologia francesa jamais atingiu o ambiente médico, permaneceu teórica e no limite e nem mesmo pode ser pensada através de uma oposição entre sociologia *da* ou *na* medicina. Seguindo esse raciocínio, a sociologia como é praticada na França estaria muito mais dentro de um modelo de sociologia *da* saúde, não participando ou participando pouco das injunções da arena médica.

No Brasil, ocorreu o inverso. A sociologia da saúde foi incorporada aos departamentos de medicina preventiva como parte de uma estratégia de introdução das ciências do comportamento dentro do ensino médico desde os anos 1950, com uma intensificação marcante nos anos 1960 com a reforma do ensino superior no Brasil. Esse fato gerou uma dificuldade histórica de relacionamento entre a sociologia médica e a sociologia em geral, reputada por alguns cientistas sociais ligados ao *mainstream* sociológico como muito aplicada e com pouca contribuição teórica. Essa inserção *na* medicina implicou em uma metodologia inicialmente funcional-estruturalista de cunho norte-americano, o que também dificultaria sua inclusão institucional como área das ciências sociais puras e da sociologia ligada ao campo central da disciplina, extremamente crítica e preocupada com teorias que favorecessem a mudança social. Como constataram diversos autores, as relações entre estes campos de atuação específicos não costumam oferecer mútuos espaços institucionais, tanto em Congressos quanto em Grupos de Trabalho (GTs), com alguma exceção da antropologia e da psicologia social. O recrutamento de alunos das ciências sociais não acontece facilmente, seja por desconhecimento seja por desvalorização teórica da sociologia da saúde (Marsiglia e col., 2003).

Após a implantação do SUS e o coroamento da Reforma Sanitária, houve um câmbio das orientações

teóricas e metodológicas tanto da sociologia médica quanto da sociologia em geral: ambas passaram a se preocupar com o sujeito e com a sua atuação no mundo social, remetendo os estudos teóricos ao cotidiano, às interações sociais, em suma, a uma micro-sociologia e uma valorização da antropologia e disciplinas afins.

Penso que esse momento parece ter sido superado por uma tendência nova. Se a sociologia médica parece estar em um momento de 'refluxo' institucional, a sociologia da saúde parece ter florescido de modo independente ao aparato institucional médico. Um exemplo: até há pouco tempo somente existia, dentro da Tabela de Áreas de Conhecimento da CAPES, a área das Ciências da Saúde, onde figura a Saúde Coletiva e suas subáreas, Epidemiologia, Saúde Pública e Medicina Preventiva, na qual podíamos e devíamos enquadrar tanto nossa produção acadêmica quanto os pedidos de financiamento. Recentemente criou-se, dentro da área de Ciências Humanas e dentro da Sociologia, a rubrica Sociologia da Saúde, que contempla projetos específicos de sociologia ligados ao campo. De modo análogo, a FAPESP instituiu a mesma área, sociologia da saúde, com as mesmas características.

Essa tendência recente representa uma maior aceitação e um maior reconhecimento por parte do núcleo duro das ciências humanas das contribuições e dos aportes teóricos realizados pela sociologia da saúde, e mesmo um crescente interesse pelo tema, dada a importância, na alta modernidade, das relações entre o aparato biotecnológico e o controle dos grupos sociais.

Ao contrário da América Latina, sob a forte influência dos organismos internacionais e seu poder de financiamento, as estruturas acadêmicas dos países europeus ocidentais dispõem de longa tradição institucional e de sistemas nacionais de saúde operantes. Esse contexto foi um obstáculo à influência dos movimentos preventivistas e ao modelo americano.

Assim, o papel de ponta de lança dos primeiros profissionais que decidiram participar do ensino das humanidades nas escolas médicas, como ocorreu em alguns países da América Latina, não teve na Europa e, em especial na França, a força necessária para ultrapassar as resistências da corporação profissional e penetrar nos ambientes das escolas médicas francesas.

Para muitos sociólogos da medicina, no estágio atual das necessidades individuais e coletivas de saúde, as fronteiras entre a sociologia *da* e *na* medicina

devem ser apagadas, pois os objetivos da medicina e da sociologia convergem (Levine, 1987). Essa foi a proposta de Michael Bury (1986), Horobin (1985) e outros colegas, a de realizar uma sociologia 'com' (*with*) a medicina, proposta que o próprio Straus (1999) acabou por encampar, ao reconhecer as mudanças atuais na sociologia médica americana. O movimento de maturação dessa sociologia parece prognosticar o possível desaparecimento de tal diferença no futuro (Clair e col., 2007).

Percebe-se que em cada configuração social moderna, os conhecimentos oriundos das ciências humanas encontraram e seguiram caminhos diversos na sua relação com o mundo da saúde, aí incluso o poder médico e as instituições de cura.

Considerações Finais

Diversos trabalhos têm mantido uma continuidade nas discussões sobre as origens e o atual estado da saúde coletiva (Canesqui, 1995, Canesqui, 2007a, Canesqui, 2003, Nunes, 1989, Nunes, 1999, Nunes, 2006), por vezes de forma coletiva, como no volume 8, de 2003, da revista *Ciência e Saúde Coletiva* e na coletânea *O Clássico e o Novo* (Goldenberg e col., 2003).

Na antropologia, essa discussão mantém uma tradição por meio dos trabalhos organizados por Canesqui (Canesqui, 2007b, Canesqui, 2003), Minayo (1998) e outros pesquisadores, cujas propostas foram discutir as possibilidades de uma antropologia médica e/ou da saúde na saúde coletiva.

No entanto, no caso restrito da sociologia, permanece a ausência de uma definição explícita das diferenças entre as duas sociologias, a médica e a da saúde e ainda com relação à rubrica medicina social; permanece também na grande maioria dos estudos sobre as origens da sociologia inserida tanto na saúde coletiva, dentro do pensamento social em saúde, como nas idéias e obras dos autores centrais do campo. Ora trata-se exclusivamente da sociologia médica (de origem norte-americana), ora somente da medicina social. Nessa segunda vertente, Juan César Garcia aparece como vetor central dos primórdios de uma medicina social e não de uma sociologia da saúde, embora tenha tido formação em sociologia e publicado textos metodológicos nessa linha. Assim, Garcia seria o fundador da medicina social, disciplina que guardaria diferenças

marcantes com outras produções do período, inclusive a sociologia médica (Waitzkin e col., 2001a, Waitzkin e col., 2001b).

Em diversos outros trabalhos, a mesma distinção entre os tipos de sociologia nos países discutidos não acontece. Enquanto nos países de língua inglesa essa especialidade define-se claramente como sociologia médica, na França, no Brasil, em Portugal e em outros países há uma flutuação constante entre os termos, como se a sociologia médica de origem anglo-saxã não fosse suficiente para definir as atividades concretas dos pesquisadores nesta arena.

No Brasil, até os 1980 e mesmo 1990, era comum a utilização da definição medicina social como um sinônimo deste campo de atividades nomeado Saúde Coletiva, depois se começou a utilizar sociologia da saúde e da doença, ciências sociais em saúde e mais recentemente ciências humanas e sociais em saúde. Obviamente há diferenças conceituais nesses termos, mas eles têm sido utilizados com frequência como auto-explicativos, embora carreguem em si perspectivas diferentes. Aqui, a proposta de campo de Bourdieu apresenta toda a sua concretude: a partir da implantação do SUS e do refluxo do movimento reconhecido como Reforma Sanitária, os intelectuais envolvidos no campo da saúde sistematicamente passaram a discutir as relações entre as fronteiras disciplinares e as contribuições dos diversos saberes na conformação da saúde coletiva, utilizando tanto recursos epistemológicos quanto políticos e institucionais. Essa disputa interna ao campo traduz-se na forma como se reconta a história do próprio campo e a nomeação interna de seus objetos lícitos e ilícitos.

De acordo com cada processo histórico, viu-se a emergência de distintas tradições teóricas: nos EUA, onde a sociologia enraizou-se firmemente, desde seus primórdios no século XIX, no universo social e acadêmico, a confluência entre sociologia e medicina aconteceu muito cedo, e acumulou-se gradativamente um bom número de trabalhos dentro da especialidade lá nomeada sociologia médica (*medical sociology*), denominação que se mantém até hoje, a despeito do reconhecimento de alguns como Sol Levine (1987), de que ela passou a abarcar recentemente mais do somente o estudo do mundo médico e passou a incluir a sociedade e o adoecimento dentro do espaço social mais amplo.

No Brasil, na lista de descritores em Ciências da

Saúde - DeCs, proposto pela BIREME e usado para a indexação de revistas ao LILACs, MEDLINE e outras bases, a sociologia médica é definida como “o estudo dos determinantes e efeitos sociais da saúde e da doença e da estrutura social das instituições ou profissões médicas”. Medicina social é o “ramo da medicina voltado para o papel de fatores sócio-ambientais na ocorrência, prevenção e tratamento de doenças”. No entanto, não há indexador para a sociologia da saúde.

Poderíamos propor então como definição provisória: a sociologia da saúde ultrapassa a idéia estrita de saúde como ausência de doença e também o ponto de vista médico ou de outros profissionais da saúde; ela abarca além do corpo biológico e o interpreta como um espaço e um meio para a obtenção de um bem-estar que permita ao indivíduo expressar todas as suas potencialidades. A sociologia da saúde extrapola o ambiente médico e incorpora as racionalidades sobre a cura e os modelos cognitivos de explicação do adoecimento alternativos ao modelo hegemônico, logo, seus estudos englobam todas as instâncias que interferem e promovem o bem-estar humano, tais como as ONGs, os grupos terapêuticos, as entidades de adoecidos crônicos e entidades sociais diversas que atuam na promoção da saúde.

No Brasil, ao contrário da antropologia médica, por exemplo, ela não chegou a atingir uma clareza identitária como sociologia médica, pois esteve, desde o início, imbricada nos departamentos de medicina preventiva e, nesse espaço, atuou inicialmente como disciplina complementar nos estudos médicos da população (medicina preventiva e depois medicina comunitária); em seguida, através do aporte da perspectiva marxista, amalgamou-se profundamente com o movimento da medicina social, de caráter claramente latino-americano, com suas especificidades. Como resultado de sua presença no núcleo das produções teóricas sobre a saúde nos anos 1970, suas contribuições foram de caráter crítico e macro-estrutural, incorporando aos debates em saúde o tema da dominação entre classes, a produção da saúde pelo capitalismo e a denúncia do papel reprodutor da medicina.

Para os intelectuais atuantes e portadores de *habitus* ligados à Medicina Social, as ciências sociais e a sociologia em particular contribuíram com o referencial marxista-estruturalista (via Althusser) e com a abordagem macro-sociológica voltada pela presença

central do Estado como núcleo central do poder. Assim, à sociologia de primeira hora restava a ‘repetição’ tanto de método quanto de marco teórico, lidando com a conjuntura social do momento e propondo práticas efetivas e políticas relacionadas ao momento histórico, calcada nesse caso na ciência política (Canesqui, 1995). Em suma, renunciava-se a questões teóricas próprias e ao momento epistemológico interno à disciplina.

Somente a partir dos anos 1990 percebeu-se uma retomada de uma produção científica pautada por questões ‘teóricas’ e metodológicas, que escaparam amiúde da perspectiva estrutural-marxista e aportaram novas técnicas e possibilidades de análise das demandas em saúde. Esse segundo momento pode ser definido como o da profissionalização do campo ou da formação de intelectuais específicos, como alertava Foucault. A partir de então, pode-se dizer que vimos o nascimento no Brasil de uma *sociologia da saúde*, preocupada com a promoção da saúde e balizada por procedimentos epistemológicos mais precisos, com técnicas mais apuradas e mesmo com resultados teóricos mais ligados às discussões que se apresentam por via das grandes correntes de pensamento contemporâneo, tanto da sociologia quanto das ciências humanas em geral.

Poderíamos sistematizar esse processo em três períodos distintos, mas não exclusivos: um primeiro reconhecido como sociologia médica de influência americana, via *medical sociology* ou *behavioral sciences*, que fecundou os primeiros trabalhos na área e que permaneceu como paradigma até o fim dos anos 1970, quando as críticas sistemáticas e contundentes da chamada medicina social geraram uma crise e substituição paradigmática pela abordagem marxista que acabara de constituir um corpo teórico sólido e apropriado; por fim, no início dos anos 1990 uma nova pletera de abordagens rompe com as críticas de cunho macro-estruturais e centradas no papel do estado, propondo a recuperação das interações sociais, da micropolítica e do estudo dos processos sociais de adoecimento a partir do ponto de vista do indivíduo. Um comentário sobre essa produção foi realizado por Canesqui (2003).

Nesse momento estabelece-se a sociologia da saúde, com objetos diversificados e referenciais teóricos renovados, em consonância com as linhas de pesquisa internacionais. Pode-se afirmar que se atingiu um grau

elevado de profissionalização, com o estabelecimento dos seus clássicos, um repertório de pesquisa variado, ‘livros-texto’ com grande penetração e difusão como o de Maria Cecília Minayo, *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*, de 1992 e linhas de pesquisa estabelecidas e reconhecidas.

Nessa encruzilhada, parece-nos que a sociologia e as ciências sociais trilharam um caminho de abertura aos novos objetos e método, a ponto de abraçar a idéia de incorporar diversas outras disciplinas humanas e com elas estabelecer objetivos comuns, traduzidos, por exemplo, na criação dos primeiros Congressos de Ciências Humanas e Sociais em Saúde (Gomes e col., 2003).

Em suma, passamos de uma produção que desde seus primórdios centrava sua atenção na doença enquanto doença, aceitando a perspectiva da biomedicina, e nos papéis do doente como um padrão de comportamento induzido pelo adoecimento, ou seja, a doença como uma *ação social*, para outra com ênfase na doença como uma *construção social*, procurando discernir na conformação do adoecimento as marcas sociais profundas, atribuindo à doença um significado simbólico devido ao arbitrário da sociedade e a resignificação dada ao adoecimento pelo indivíduo. Passamos, assim, de um modelo centrado na doença para um modelo centrado na saúde.

Com a emergência incontornável das doenças crônicas, o doente passou a ser tratado como um sujeito adoecido, cuja identidade e atividades cotidianas extrapolam o quadro diagnóstico preciso e redutor que o colocava em um papel previamente determinado da história natural da doença. Esse sujeito, assim resgatado, deverá então ser compreendido em toda a sua complexidade, dentro de seu cotidiano, valorizando-se a sua autonomia relativa, a sua trajetória social e biografia, todas colocadas em relevo dentro do seu quadro social e simbólico complexos, nele incluídos o seu adoecimento, sua relação com o sistema de saúde e o modelo terapêutico.

Esperamos que essa sociologia da saúde tenha vindo para permanecer e fecundar essa vasta área de conhecimento. Se a sociologia aponta para além da amplitude da sociologia da medicina, talvez possamos superar a contradição constatada por Lewis e citada por Evans (2003), de que “se a saúde pública é relativa à saúde do povo, então há muito mais coisas envolvidas além da medicina”.

Referências

- BERTHELOT, J. M. *La construction de la sociologie*. Paris: PUF, 1991.
- BURLANDY, L. *Saúde coletiva: uma trajetória em questão*. 1993. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.
- BURY, M. Social constructionism and the development of medical sociology. *Sociology of Health and Illness*, Oxford, v. 8, n. 2, p. 137-169, 1986.
- CAMPOS, J.; MIGUEL, J. M. Editorial comment. *Social Science and Medicine*, London, v. 16, p. 499-503, 1982.
- CANESQUI, A. M. Introdução, apresentação e as ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 11-35.
- CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e saúde no Brasil*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2007a.
- CANESQUI, A. M. (Org.). *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec. 2007b.
- CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.
- CARVALHO, M. A. R. de. A institucionalização das ciências sociais e o campo da saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1997. p. 49-69.
- CHENU, A. Une institution sans intention: la sociologie en France depuis l'après-guerre. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 141/142, p. 46-59, 2002.
- CLAIR, J. M. et al. Developing, integrating, and perpetuating new ways of applying sociology to health, medicine, policy, and everyday life. *Social Science and Medicine*, London, v. 64, p. 248-258, 2007.
- CLAUS, L. M. The development of medical sociology in Europe. *Social Science and Medicine*, London, v. 17, n. 21, p. 1591-1597, 1983.
- COCKERHAM, W. C. The state of medical sociology in United States, Great Britain, West Germany and Austria: applied vs. pure theory. *Social Science and Medicine*, London, v. 17, n. 20, 1983.
- CONDORCET, M. de. *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*. Paris: Ed. Sociales, 1971.
- COSTA, N. R. Ciencias sociales y salud: consideraciones sobre el nacimiento del campo de la salud colectiva en Brasil. *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, Chile, n. 62, p. 36-47, 1992.
- DUMAIS, A.; SAINT-ARNAUD, P. Le développement de la sociologie de la santé au Québec. *Recherches Sociographiques*, Québec, Canadá, v. 16, n. 1, p. 9-20, janv./avril 1975.
- EVANS, D. Taking public health out of the ghetto: the policy and practice of multi-disciplinary public health in the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, London, v. 57, p. 959-967, 2003.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- GOMES, M. H. A.; GOLDENBERG, P. Interfaces e interlocuções: os congressos de ciências sociais em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 251-264, 2003.
- HERZLICH, C. *Entretiens avec Claudine Herzlich*. Disponível em: <<http://picardp1.ivry.cnrs.fr/Herzlich.html>>. Acesso em: 20 nov. 2007.
- HERZLICH, C. (Org.). *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton : EHESS, 1970.
- HERZLICH, C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS, 1984.
- HERZLICH, C. Sociology of health and illness in France, retrospectively and prospectively. *Social Science and Medicine*, London, v. 20, n. 2, p. 121-122, 1985.
- HOROBIN, G. Review essay: medical sociology in Britain: true confessions of an empiricist. *Sociology of Health and Illness*, Oxford, v. 7, n. 1, p. 94-107, Mar. 1985.
- JAISSON, M. *Localités et spécialités médicales*. 1988. DEA - Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, 1988.

- JAISSON, M. *Les Lieux de l'art: études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*. 1995. Tese de Doutorado - Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, 1995.
- KULLBERG, P. Social visions and social control: the evolution of medical thought in postwar Hungary. *International Journal of Health Services*, New York, v. 16, n. 3, p. 391-408, 1986.
- LAHELMA, E.; RISKA, E. The development of medical sociology in Finland. *Social Science and Medicine*, London, v. 27, n. 3, p. 223-229, 1988.
- LEVINE, S. The changing terrains in medical sociology: emergent concern with quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, New York, v. 28, p. 1-6, Mar. 1987.
- MAITRE, J. Introduction: la conjuncture de la recherche française en sociologie médicale. *Revue Française de Sociologie*, Paris, v. 14, p. 3-7, 1973.
- MARSIGLIA, R. M. G. et al. Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 275-285, 2003.
- MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P.; RABELO, M. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 29-46.
- MONTAGNER, M. Â. Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la recherche en sciences sociales. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008. No prelo.
- NISBET, R. *História da idéia de progresso*. Brasília, DF: UnB, 1985.
- NUNES, E. D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G. W. de S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 113-134.
- NUNES, E. D. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- NUNES, E. D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 64-72, ago. 2006. Número especial.
- POLLAK, M. La planification des sciences sociales. *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris/local, v. 2/3, p. 105-121, juin 1976.
- REID, M. The Development of Medical Sociology in Britain. Discussion Papers in Social Research v. 13. 1976 Disponível em: <<http://www.britsoc.co.uk/medsoc/Medsoc+Origin.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2007.
- REMOALDO, P. C. A. et al. *Infertilidade no concelho de Guimarães: contributos para o bem-estar familiar*. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/dspace/bitstream/1822/5273/3/Artigo%5B1%5D.Infert.AISO.final.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2007.
- REYNAUD, J. D.; TOURAINE, A. Enquête sur les étudiants en médecine. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Paris, v. 20, p. 124-148, 1956.
- RIBEIRO, P. T. *A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975-1978*. 1991. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- SAINT, E. G. Changing sociology and politics of medicine. *The Medical Journal of Australia*, Strawberry Hills, NSW, n. 1, p. 15-18, Jan. 1981
- STEUDLER, F. *Sociologie medicale*. Paris: Armand Colin, 1972.
- STEUDLER, F. The state and health in France. *Social Science and Medicine*, London, v. 22, n. 2, p. 211-221, 1986.
- STRAUS, R. Medical sociology: a personal fifty year perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, New York, v. 40, p. 103-110, June 1999.
- STRAUS, R. The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*, Columbus, OH, v. 22, p. 200-204, 1957.
- WAITZKIN, H. et al. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the Major National Groups. *The Lancet*, London, v. 358, n. 9278, p. 315-323, July 2001a.
- WAITZKIN, H. et al. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, NW, Washington, v. 91, n. 10, p. 1592-1601, Oct. 2001b.

Recebido em: 21/05/2007
 Reapresentado em: 09/01/2008
 Aprovado em: 21/02/2008