

## POR UMA SOCIOLOGIA DA SAÚDE<sup>1</sup>

### ENTREVISTA COM NELSON FILICE DE BARROS

O Prof. Dr. Nelson Filice de Barros é docente do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e realiza pesquisas sobre práticas alternativas e complementares na saúde, ensino das ciências sociais e desenvolvimento de métodos e técnicas de pesquisa qualitativa no campo da saúde. Convidá-lo nos pareceu (e a ele também) uma possibilidade de diminuir o isolamento sentido e sofrido por aqueles que se dedicam aos estudos da saúde por meio do olhar crítico das ciências sociais.

A relação entre as ciências sociais e o campo da saúde é questão central desta entrevista. Seus pontos de interseção e de distanciamento e estranhamento são norteadores de nossa conversa. O diálogo entre as duas áreas constrói-se a partir de dialetos e preocupações díspares: a medicina centrada na prática e as ciências sociais no desvelar de seus significados, sendo que essas fazem uso de um arcabouço teórico considerado distante da realidade da prática da medicina e do campo de atuação da política de saúde.

Aos *sociólogos na saúde* cabe mais fortemente o exercício de aproximação e construção de uma linguagem que conecte ambos os enfoques. O distanciamento deste profissional das ciências sociais de sua própria área aparece, muitas vezes, como um problema, porém, como bem ressalta o Prof. Nelson, sua atuação

---

<sup>1</sup> Entrevista realizada com o Prof. Dr. Nelson Filice de Barros no Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em 08 de novembro de 2012. Agradecemos ao professor por sua disponibilidade em nos proporcionar essa conversa.

se dá em uma zona de fronteira, porosa e que, como tal, permite a construção dessa interlocução.

O campo da sociologia da saúde no Brasil é relativamente recente. Passaram-se cerca de 40 anos desde a obra seminal de Cecília Donnangelo que, a partir de uma perspectiva materialista, inaugurou na academia brasileira toda uma agenda de pesquisa voltada para as relações entre medicina e sociedade, o cuidado e o sentido do trabalho médico. Desde então, temos vivenciado uma profusão de pesquisas voltadas, por exemplo, para a produção de uma teoria social da saúde, essas de caráter mais sociológico; para estudos da relação do corpo com a doença e a sociedade, do estigma social de determinadas doenças, como aquelas mais associadas ao campo antropológico, ou para a análise do Sistema Único de Saúde, estando estas vinculadas a uma tradição de estudos de políticas públicas mais próxima da ciência política. A conexão dessa produção com o campo da saúde, sua recepção e apropriação pelos profissionais da saúde e seu impacto na formação desses profissionais também são objetos de reflexão nas linhas que se seguem.

Esperamos, com essa entrevista, propiciar ao leitor um panorama dessa agenda de pesquisa ainda em construção, visto que muitos institutos, faculdades, centros e núcleos de pesquisa em ciências sociais em nosso país ainda contam com poucos especialistas na área. Também esperamos incentivar o olhar para esse importante campo de atuação, visto que a saúde está no cerne da realização individual e em sociedade, constitui-se em um direito universal fundamental e figura como fundamental para a construção da equidade social e, portanto, de uma sociedade mais justa.

*Como você está entre os profissionais que trabalham com as ciências sociais e a saúde atualmente, nós gostaríamos de compreender a sua trajetória, como se deu sua aproximação, vindo das ciências sociais, com a saúde e explorar essa relação entre as ciências sociais, a saúde e a medicina e a importância dessa relação para a formação dos médicos.*

**Nelson:** Para começar, eu vou falar um pouco da minha biografia: eu sou de Uberlândia, Minas Gerais, e convivi com muitos profissionais de saúde desde a minha tenra infância. Muito próximo: meu avô paterno era odontólogo – embora eu não o tenha visto exercer a profissão, pois, desde que eu me lembro, ele já era um senhor idoso. E eu estou falando do fim do século XIX, começo do XX: vocês imaginem o que era, há 100 ou 120 anos, o sertão de Minas Gerais. A relação com a saúde na família nunca foi distante. Em certo sentido, isso “me povoou”. E muitos amigos da família, pessoas próximas da família, exerciam ocupações relativas à saúde.

Então eu tive essa história na minha primeira infância; na minha socialização mais primária eu brincava dentro de um hospital. E aí, na adolescência, eu quis estudar, eu me dei conta de que queria estudar medicina. Durante três anos eu estudei prestando vestibular para medicina. Mas no fim de 1988 e começo de 89 aconteceu a campanha à presidência do Lula e eu me engajei no movimento político, mais associado, naquele momento, à Convergência Socialista. Isso significou um universo de descoberta profunda, porque era uma sociedade com uma estrutura conservadora muito forte, e ter feito parte desse movimento, para mim, foi muito libertário, eu aprendi muitas coisas. Foi aí que eu conheci uma carreira chamada *ciências sociais*. Eu conhecia história, geografia, o mais tradicional, e me encantei muito com algumas pessoas que eu conheci e que tinham formação em ciências sociais, sociologia. Pessoas que falavam desse lugar e pensavam sobre esse lugar. Isso me trouxe um encantamento muito grande. E aí eu vim prestar vestibular aqui e a primeira opção era medicina e a segunda, ciências sociais (risos).

Eu entrei em ciências sociais na PUC Campinas e foi um encantamento completo. Uma descoberta mesmo. Durante o segundo ano desse curso, eu dei aulas particulares (porque naquele momento eu sabia muito de física, química, matemática, pois eu vinha me preparando para um vestibular muito duro), com as quais eu sobrevivi durante muito tempo. E eu tinha “janelas” que me permitiam fazer cursos como aluno especial aqui [na Unicamp]. Então eu fiz alguns cursos no IFCH, como aluno especial.

No fim do segundo ano, olhando o catálogo de disciplinas que eu poderia fazer, eu descobri um curso chamado “Ciências Sociais Aplicadas à Medicina”, neste departamento. Hoje, o departamento se chama “Saúde Coletiva”, mas naquela época, desde que ele foi fundado, chamava-se “Departamento de Medicina Preventiva e Social”. E havia esse curso para os alunos do segundo ano do curso médico. Então eu vim fazer o curso como aluno especial e estudei com os alunos do segundo ano da medicina. Parece que, naquele momento, ficou ainda mais claro como as coisas se juntavam, a inquietação com as ciências sociais que eu tinha, o desejo de construir esse pensamento: *um pensamento que se aplicava a um campo de prática que fazia muito sentido para mim, porque eu tinha me socializado nesse campo.*

Desde esse momento ficou claro: é isso que eu quero fazer. Eu fiz o curso aqui e fiz meu trabalho de conclusão de curso com um grupo de portadores de HIV. Isso era 92, 93. Eu acompanhei esse grupo e era um tempo muito duro, porque era um grupo de 30 pessoas e eu vi os 30 morrerem. Foi muito duro, muito tocante e, de alguma maneira, um teste para mim, “será que é isso mesmo, será que eu quero mesmo fazer essa aproximação?”. É lógico que não foi prazeroso, porque foi tenso ver essas pessoas sofrerem e morrerem. Eu as acompanhei, porque fiz uma observação participante, já que eu queria trabalhar com a questão de redes sociais. Foi muito interessante observar que a maior parte daqueles portadores do HIV e já doentes de AIDS, em algum momento da vida, tinha rompido com as famílias. Mas, dado o diagnóstico e iniciado o tratamento, muitos deles, que tinham filhos, sabiam

que iam morrer e que seus filhos iam ficar desamparados. Eles, então, se sujeitavam a refazer os laços com as famílias. Foi muito interessante observar esse movimento, porque eles deixavam de reagir ao estigma a que tinham sido submetidos para garantir a sobrevivência de seus filhos. Este foi um movimento muito importante para eu entender que a sociologia age na saúde. Não é uma fantasia.

Eu terminei o curso e prestei o concurso aqui para o que era o formato inicial de uma residência não médica, atualmente chamada de Programa de Aprimoramento Profissional. Nós temos a residência médica para médicos e esse programa para outros profissionais da área da saúde. E nesse momento, em 94, existiam duas vagas com bolsa para esse programa. Aquele foi o momento em que definitivamente me aprofundi na área da saúde, porque no curso de ciências sociais, na minha graduação, eu não tive formação em saúde. Quer dizer, as leituras que eu tinha eram por conta do meu trabalho de conclusão de curso, mas eu não tinha quem me orientasse lá, ninguém tinha leituras sobre isso. Era um estranhamento brutal. Naquele ano como aprimorando, eu sobrevivi com a bolsa da Fundap, do estado de São Paulo, que era uma bolsa pequena, mas suficiente para aquele momento. Como conclusão de curso, tínhamos de produzir um ensaio, mas me coube a possibilidade de produzir um projeto de mestrado. Isso foi em 94, e no mesmo ano eu concorri ao mestrado em diferentes universidades. Nesse momento, o professor José Luiz dos Santos, com quem eu tive uma interlocução muito boa, me ajudou muito. Assim como outros professores do Rio de Janeiro. Como eu queria muito entrar no mestrado nessa área, eu prestei em quatro instituições diferentes, e eu acabei ficando por aqui. Eu escolhi ficar aqui.

### *Todas na saúde, nenhuma nas ciências sociais?*

**Nelson:** Nas ciências sociais, aqui no IFCH, eu fui para a segunda fase, mas eu não continuei. Eu tentei também na USP,

mas não completei o processo, porque eu já tinha passado aqui [FCM] e eu já tinha decidido. No Rio de Janeiro, no Instituto de Medicina Social da UERJ. Eu acabei completando lá e aqui, porque eram seleções que aconteciam antes do IFCH e da USP. Mas eu acabei ficando aqui. Nesse momento, o mais importante da minha escolha foi que eu encontrei um grande mestre na FCM, que era uma pessoa que estava aqui desde 1966, ensinando sociologia da saúde. Ele foi meu orientador, o professor Everardo Duarte Nunes. Meu projeto era sobre o que é chamado de “medicinas alternativas”, algo muito pouco estudado por aqui. Não fazia parte da tradição da sociologia da saúde e da medicina; era uma coisa muito inicial. Então nós fizemos um bom projeto e eu consegui a bolsa da FAPESP para fazer esse mestrado.

A questão sociológica fundamental era: por que o médico, que tem uma identidade social muito bem definida, clara, opta por uma prática que causa certa confusão nessa identidade social? Uma coisa é dizer “eu sou médico”, outra é dizer “eu sou médico homeopata”, “médico acupunturista”. A maior parte das pessoas não sabe o que é isso. Se você disser que é médico pediatra, não é preciso explicar para ninguém. Por isso, eu busquei entender por que médicos faziam essa opção. Quem eram eles? Por que faziam? Como faziam? Nesse universo, a pesquisa foi feita em Campinas e eu conheci um outro mundo, quase um “mundo paralelo” de dimensão holística, alternativa. Um universo de estranhamentos. Nesse momento, eu identifiquei uma coisa que me chamou muito a atenção: eram médicos e médicas que praticavam a medicina complementar. Do ponto de vista da lógica formal, exercer uma prática que cura pelo semelhante e, ao mesmo tempo, pelo distinto, pelo dessemelhante – em outras palavras, trabalhar ao mesmo tempo com homeopatia e alopatia – é um absurdo lógico. Curar pelo diferente não seria da lógica do curar pelo igual. Portanto, eu fui tentar entender esse absurdo lógico: como as pessoas fazem isso? Eu entendi que as pessoas o fazem porque elas saem do modelo de cuidado e centram o cuidado na pessoa. Do que você precisa agora? Você precisa tomar antibiótico, que vai matar bactérias, mas você também precisa de um floral

que te equilibre emocionalmente. Ou você precisa do seu remédio de fundo, que também vai te ajudar a desenvolver mais equilíbrio no seu sistema imunológico.

Meu doutorado, então, foi feito em cima disso, também aqui no departamento e com bolsa FAPESP. Em 2002, eu terminei essa fase, uma vez que tinha terminado o mestrado em 97 e, em 98, me tornado professor da Santa Casa de São Paulo, no curso de medicina. Em fevereiro de 1998, eu assinei meu contrato lá e em março saiu minha bolsa da FAPESP. Suspendi o contrato com a Faculdade e fiquei com a bolsa, mas, mesmo assim, uma vez por semana eu ia para São Paulo para ensinar lá e conviver com aquele grupo, o que me ajudou muito na minha formação. Foi um grupo muito importante, sobretudo porque também lá havia sociólogos trabalhando desde os anos 60. E a socióloga de referência era a professora Regina Marsiglia. Porém, também outros sociólogos passaram por lá e era um departamento de medicina social muito crítico, também muito importante para minha formação. O interessante foi que, mesmo dentro de uma sociologia da saúde, pesquisar medicinas alternativas era marginal dentro do marginal. Havia um estranhamento dentro do próprio pequeno grupo de ciências sociais na saúde.

Mas, bem, em 2002 eu terminei o doutorado e em dezembro desse mesmo ano eu prestei o concurso aqui para a área de ciências sociais (era uma vaga específica para ciências sociais) e ingressei como docente efetivamente na área. Então foi isso, foi essa a aproximação de modo mais geral.

*Continuando daí, gostaríamos de saber mais sobre a relação entre as ciências sociais, a medicina e a formação médica e dos profissionais de saúde (não sabemos até onde é possível abrir esse leque) e a importância mesmo das ciências sociais para a saúde. Por exemplo, e principalmente dentro das Políticas Públicas, quando se estuda a história do SUS, sua trajetória, o movimento sanitário, uma das coisas que todo mundo marca é: foi de suma importância a aproximação entre saúde e ciências sociais na construção do sistema, no modelo, de saúde que nós temos hoje.*

**Como você vê isso? Como você vê essa aproximação e a importância das ciências sociais, de fato, dentro da saúde? E mais, qual é o olhar que vem da saúde (do médico, do enfermeiro, enfim, do profissional da saúde) para as ciências sociais? Como nós somos vistos?**

**Nelson:** Quem quis estudar medicina foi o Darcy Ribeiro. E eu descobri isso na graduação, quando eu estava fazendo essa aproximação com a saúde. Na época ele era senador. Eu tentei falar com ele, porque eu fiquei emocionado ao saber que o Darcy Ribeiro queria ter estudado medicina e eu queria entender por que ele foi para as ciências sociais. Mas só consegui falar com alguém de seu gabinete. Depois ele morreu. O Darcy Ribeiro sempre me chamou muito a atenção na política, além do fato de ter se aproximado e trabalhado com Lévi-Strauss, com uma tradição de uma ciência social francesa, uma escola francesa de pensamento, onde se encontra uma gênese da saúde. Se pegarmos a linha de pensamento de Bachelard, de uma epistemologia, que aplica o método da psicanálise para entender a epistemologia científica, logo em seguida é possível ver *O normal e o patológico*<sup>2</sup>, de Georges Canguilhem, que é produzido também nos anos 40. E Canguilhem foi um filósofo que estudava medicina para tentar entender como essa prática funciona. E ele chegou à conclusão crítica e fundamental de que ela funciona com base no positivismo, absolutamente funcionalista, estruturado nessa polaridade entre o normal e o patológico. A patologia é uma subjetividade que se concretiza nessa prática e a noção de normalidade passa a ser construída nessa perspectiva do tipo médio. Então, esse texto é fabuloso e é do fim da primeira metade do século XX, nesse pensamento francês.

Canguilhem foi orientador do Foucault (na *História da loucura*<sup>3</sup>), quem escreveu, depois disso, *O nascimento da clínica*<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Do original em francês *Le normal et le pathologique* (1943).

<sup>3</sup> *História da loucura: na idade clássica*, do original de 1961 *Histoire de la folie à l'âge classique*.

<sup>4</sup> Do original em francês *Naissance de la clinique* (1963).



Grande livro! (Acho que realmente é um marco). Agora, depois dele, temos Luc Boltanski com *As classes sociais e o corpo*<sup>5</sup>; depois ainda, Bourdieu, que estudava a distinção social associada aos capitais e ao consumo. Desse modo, tem-se uma linha de pensamento que faz uma sociologia de cunho histórico, filosófico e muito crítico em relação a certas práticas sociais associadas à saúde. Mas na França, curiosamente, não se estabeleceu uma grande escola de sociologia da saúde. Essa escola, de fato, veio a se estabelecer nos Estados Unidos, principalmente a partir do momento em que se tem, em 1910, o relatório de Flexner.

Flexner foi contratado para estudar como eram formados os médicos nos Estados Unidos e Canadá. Ele visitou muitas escolas médicas e chegou à conclusão de que era preciso construir um modelo de ensino, porque existia uma divergência muito grande: a formação de práticos, de filósofos e de médicos. Era tão divergente, havia tantas possibilidades. Havia também um vasto comércio de diplomas sem lastro, sendo que as pessoas aprendiam a fazer medicina sem jamais ter visto um paciente. Enfim, havia muitos problemas.

Flexner escreveu, então, esses relatórios propondo algumas aproximações, e apontou naquele momento duas questões fundamentais, para além de estruturar disciplinas e modelos: a pesquisa e a introdução de elementos das ciências sociais para formar esse profissional. Isso só vai acontecer na década de 40, 50, para a construção de um modelo integral do processo saúde durante o cuidado e para a formação desses profissionais. Portanto, naquele momento houve uma certa aproximação de cientistas sociais à área da saúde, principalmente sociólogos vindo ensinar, trabalhar e fazer pesquisa. Nesse sentido, há um texto do William Cockerham, sobre a formação da sociologia da saúde norte-americana, no qual ele considera os anos 50 como os anos

---

<sup>5</sup> Este livro de 1979, em português, resulta da compilação de dois trabalhos de Boltanski: *La découverte de la maladie: da diffusion du savoir médicale* (1968) e *Les usages sociaux du corps* (1971).

áureos da sociologia da saúde nos EUA, pois foi quando houve um investimento muito grande em pesquisa. Naquele momento, nós tínhamos uma escola de sociologia francesa apontando questões da saúde e uma certa prática de alguns cientistas sociais trabalhando com questões da saúde. Foi quando surgiu uma primeira divisão. Acho que o primeiro estudo de sociologia da profissão do sociólogo foi feito quando Robert Straus estava em um encontro em Washington da *American Sociological Association* em 1954, e colocou aos participantes do evento a seguinte pergunta: quantos de nós trabalham com saúde? Em 1956, ele publicou um relatório com o resultado do mapeamento que ele iniciou no Congresso, e naquele momento ele encontrou 101 sociólogos trabalhando com saúde, e foi ele quem fez uma divisão entre *sociólogos da saúde* de *sociólogos na saúde*, porque é diferente! Assim, ele começou a estabelecer o que significa estar em um departamento de ciências sociais ou de sociologia pesquisando saúde e o que significa ser um sociólogo dentro da escola médica. Na escola de sociologia, produz-se conhecimento sobre uma prática social, que teve grande reconhecimento do Estado e que foi fundamental na formação do Estado Moderno. O próprio Foucault trabalhou isso com o *Nascimento da clínica*, o “Nascimento da medicina social”, quando ele resgatou a prática desde o mercantilismo, momento histórico em que a medicina estava sendo usada para vigiar as fronteiras, depois o papel dos médicos na reforma urbana das cidades francesas, na formulação da lei dos pobres na Inglaterra.

Bem, Straus construiu essa dicotomia e começou a explorar seu significado, pois se se estiver dentro da escola de medicina, é preciso estabelecer um diálogo interno, muito mais interno do que se se estivesse fora, por uma questão até de comunicação mesmo: se eu fizer uso do “dialeto” utilizado dentro da faculdade de ciências sociais, eu não me comunico dentro da escola médica. Esse foi um momento importante.

E mais, nos EUA esse já era o auge da segunda geração da Escola de Chicago, da pesquisa sociológica urbana. Howard Beck,

por exemplo, produziu uma pesquisa dentro da escola médica, publicada em *Boys in White* (1961), junto com outros pesquisadores, entre eles Anselm Strauss (que mais tarde produz *Grounded Theory*<sup>6</sup>, livro que, em minha opinião, é uma grande contribuição da sociologia da saúde para a sociologia). Temos também a produção de Erving Goffman, com o *Estigma*<sup>7</sup>, *Sociologia do Cotidiano*<sup>8</sup> e *Manicômios e prisões*<sup>9</sup>, uma tradição de pesquisa da Escola de Chicago que também trabalhava com questões da saúde, mas fora da escola da saúde. No Brasil, temos a Escola de Sociologia e Política – que teve importante influência da Escola de Chicago – e a USP, cuja grande influência é francesa. Nos anos 70, nós tivemos o marco fundamental da sociologia da saúde no Brasil (sociologia que é marcada por uma grande influência do materialismo histórico): neste período, Cecília Donnangelo, então pedagoga e professora do Departamento de Medicina Preventiva da USP, produz seu trabalho seminal a partir de sua tese de doutorado, defendida em 1973, sob orientação do professor Luiz Pereira, em que discute medicina e sociedade, o cuidado, o trabalho médico, através do arcabouço materialista histórico. Em 1976, defendeu sua livre-docência e, então, publicou o livro *Saúde e Sociedade* (1976). Luiz Pereira, que tinha sido seu orientador de doutorado, foi convidado para participar da banca de livre-docência e, ao ler o material, escreveu praticamente um outro capítulo que passou a fazer parte do original. Naquele momento, o Prof. Luiz Pereira declarou que ali havia uma

---

<sup>6</sup> *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research* (1967).

<sup>7</sup> O título da obra referida é *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, do original de 1963 *Stigma: notes on the management of spoiled identity*.

<sup>8</sup> *A representação do eu na vida cotidiana*, do original de 1959 *The presentation of self in everyday life*.

<sup>9</sup> *Manicômios, prisões e conventos*, do original de 1961 *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*.

sociologia da saúde, produzida por uma socióloga na saúde. O interessante do trabalho de Donnangelo é que ela se baseou na tradição francesa, mas também em autores da escola norteamericana, ainda tendo o materialismo histórico como ponto de partida, e construiu uma gênese da sociologia da saúde brasileira. A sociologia da saúde nunca se estabeleceu com muita potência na França; já nos EUA ela tem mais tradição, mas, ou associada à escola médica, ou à Escola de Chicago. Portanto, a sociologia da saúde no Brasil se construiu a partir dessas duas escolas.

No seu trabalho de doutorado, Cecília Donnangelo nomeou e mostrou como se deu desde o início no Brasil – desde o Brasil colônia – a relação entre o mercado privado e o público na saúde, com as políticas públicas em saúde sempre deficitárias e submetidas ao domínio do âmbito privado, do mercado. Ela fez a discussão do desenvolvimentismo e mostrou como a medicina estava associada ao capital. Com isso, ela passou a informar as reflexões no campo da saúde, e muitos médicos de diferentes partidos políticos, mas de orientação de esquerda, passaram a pensar a possibilidade de um sistema único de saúde para o Brasil, de uma política pública estatal que desse conta de pensar um sistema para o Brasil inteiro, que é o que acabou acontecendo. Veja, ela escreveu no início dos anos 70; em 1979 temos a formação da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), que tem a ver com o Movimento Sanitarista, ambos movimentos que pensam a saúde pública no Brasil em resistência à saúde como negócio.

Chegamos aqui aos anos 80 com o mundo orientado pelo neoliberalismo, a cartilha do Banco Mundial e das instituições econômicas, todas orientam para o esvaziamento total do Estado. Contudo, o setor da saúde conseguiu construir uma articulação que permitiu a composição do SUS na Constituição de 1988, trazendo para a responsabilidade do Estado aquilo que ele estava tentando negar na Inglaterra, que era a responsabilidade sobre o Sistema Nacional de Saúde, que lá foi criado em 1948, no pós-guerra, com uma sociedade destruída. Esses embates são fortes e de fato – você começou falando isso, Camila, e é verdade – as

ciências sociais têm de fato uma função muito importante nesse momento, ao pensar sistemicamente uma prática que em princípio é individual. A clínica é individual, o próprio médico não consegue pensar a sua prática, ele faz uma prática que é individualizada. Essa aproximação das ciências sociais da saúde se dá também via um movimento social, orientado por concepções de esquerda, e próximo de pensar as desigualdades sociais, o racismo no Brasil, o sexismo, todas essas questões que se colocam na saúde de uma maneira acentuada. Neste momento, por exemplo, praticamente tínhamos 85% de homens e 15% de mulheres fazendo medicina; hoje é praticamente o inverso, são quase 70 para 30%: são mais mulheres.

As ciências sociais entram nesse processo chamando a atenção para o fato de que a prática do cuidado sempre teve distinção social nas diferentes sociedades que se tem registro. Quando as ocupações começam a ser distinguidas, têm-se o guerreiro e o líder religioso, que também estão próximos da capacidade de exercer o cuidado do outro, sendo que o xamã faz essa ligação da relação entre o extra físico e o cuidado físico. O médico também é parte disso, só que no Estado Moderno ele é parte da engrenagem capitalista, de um grande mercado capitalista. No Brasil, o Estado sofre grande influência da Igreja, o que faz somar-se a essa engrenagem a questão da caridade, com as Santas Casas de Misericórdia e sua prática assistencial, o que construiu um grande e nebuloso cenário de análise e de prática que a ciência tentava compreender: primeiro, nunca se chegou a ter uma grande escola funcionalista de ciências sociais na saúde no Brasil (o movimento já começa com o materialismo); depois, nos anos 80, tinha-se a questão das representações sociais, dos micropoderes, mas, sobretudo, porque nos anos 80 tínhamos o processo de conquista desse sistema, e nos anos 90 ocorreu sua implantação; aí é preciso reconhecer que o profissional pensava o processo de saúde/doença/cuidado de forma absolutamente diferente de quem o vivia, e que esses estranhamentos passavam a ser cada vez mais evidentes. Isso porque a ideia do estudo do sistema estava montada, sendo que, a partir daí, seu

funcionamento passava a depender de sua manutenção e da resolução dos problemas cotidianos. Lógico, temos aí também um grande problema que é o financiamento, mas fundamentalmente as ciências sociais entraram no campo da saúde para pensar a prática da saúde.

Esse movimento de trazer para dentro pessoas que ajudam a refletir e que tencionam esse fazer surgiu no fim dos anos 1970 no Brasil, principalmente dentro das escolas médicas, porém nunca se desenvolveu com potência nas faculdades, departamentos e institutos de ciências sociais brasileiros. Eu penso que pode acontecer aqui o que aconteceu na Inglaterra, onde o primeiro mestrado de sociologia médica, como era chamado, que foi criado em 1968, está praticamente acabado. Este curso foi criado por uma economista, a Profa. M. Jeffrey, que trabalhava com questões da saúde e muitos profissionais da saúde queriam fazer mestrado ali justamente para pensar a saúde a partir de um outro arcabouço reflexivo. Ao mesmo tempo, alguns vários pesquisadores e professores foram ensinar nas escolas médicas. Dentro da *British Sociological Association* há um grupo de medicina social que se encontra todo ano. São cerca de 200 pesquisadores entre os quais está se formando, atualmente, um grupo menor de professores que ensinam *Behaviour and Social Science* nas Escolas Médicas, de Enfermagem ou Odontológicas. Enfim, o que aconteceu lá é que muitos profissionais foram ensinar nessas escolas e no fim dos anos 80, início dos anos 90, iniciou-se um processo de volta: eles começaram a sair das escolas de saúde e ir para os departamentos de antropologia e sociologia, o que propiciou a formação de uma linha de pesquisa muito bem consolidada de sociologia da saúde, com um diálogo bem fundamentado. Eu penso que isso pode acontecer no Brasil também, uma vez que nós temos visto e fortalecido este movimento na saúde coletiva. No próximo ano [2013] acontecerá, no Rio de Janeiro, o VI Congresso Nacional de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, que em geral conta com cerca de 1500 participantes. Começa, portanto, uma dificuldade nossa: o que são essas ciências sociais na saúde? Quem faz isso?

*Quem faz e, talvez, qual é seu foco, quais são suas preocupações. Eu estava te ouvindo falar e fiquei pensando no congresso da ISA (International Sociological Association) de 2012 em Buenos Aires, no qual houve uma mesa, muito comemorada, que contou com a participação de pesquisadores europeus, norte-americanos, africanos e brasileiros, e que tinha como foco discutir justiça em saúde, mas uma discussão acerca da justiça - que volta lá atrás, na nossa conversa - centrada na relação entre saúde e mercadoria, saúde e direito. E então, como a saúde é um bem fundamental, temos que garantir que as pessoas tenham acesso a ela, já que estamos falando de justiça social no fim da linha. A seu ver, que campo de saúde é esse que está se constituindo no Brasil, qual é a preocupação central? E onde ela está mais forte? Pelo o que eu estou entendendo da sua fala, é mais forte a sociologia na saúde do que a da saúde.*

**Nelson:** Neste fórum da ISA, e eu sei de que mesa você está falando, há também o RC15 (Grupo de *Sociology of Health*), que é um grupo que conta com uma participação significativa e com uma discussão bem desenvolvida. Havia bastante gente, mas vamos relativizar o bastante: se pensarmos que dentro do *Internacional Sociological Association* o grupo de sociologia da saúde é o maior e que no *British Sociological Association*, como mencionei antes, há cerca de 200 pessoas, no Brasil, mesmo que estejamos pouco ligados à ela, a SBS (Sociedade Brasileira de Sociologia) coloca em seu site o link da ABRASCO. Quer dizer, de alguma maneira se reconhece que a sociologia da saúde no Brasil está sendo feita dentro da ABRASCO.

Eu acho que essa aproximação acontecerá logo. Na ANPOCS (Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais) tem havido mais espaço, mas também porque cresceu muito essa perspectiva da sociologia do corpo. Ou seja, aos poucos vai chegando, mas por enquanto, no Brasil, o lugar no qual a sociologia se manteve foi esse, na saúde e na saúde coletiva, onde nós temos um lugar de reconhecimento, principalmente se considerarmos que a saúde coletiva cria esse

nome justamente para romper com a chamada “velha tradição da saúde pública”, da medicina social, da medicina preventiva e da medicina comunitária. A saúde coletiva pretende não ser nenhuma dessas quatro, sobretudo porque pretende trabalhar com o paradigma da saúde no coletivo, e um dos tripés fundamentais desse pensamento é o composto pelas ciências sociais, pelo pensamento epidemiológico e pelo conjunto política, planejamento e gestão em saúde.

Enfim, podemos considerar que existem destaque e reconhecimento dessa sociologia nesse lugar da saúde. Agora, é preciso entender que nós estamos em um lugar de fronteira, e isso significa ter dificuldade de estabelecer diálogo com os dois lugares que não são a fronteira. Fronteira. Gosto muito da imagem que a noção de fronteira nos propicia. Boaventura trabalha com essa noção. Li, recentemente, Richard Sennet, que diferencia fronteira e limite: a fronteira é porosa, deixa passar. Nós estamos nesse lugar de fronteira, em que é preciso se manter no diálogo com as ciências sociais, mas, ao mesmo tempo, não é possível transportar esse diálogo diretamente para a saúde, porque seus interlocutores mais imediatos vêm de outra tradição de pensamento. Atualmente, na Faculdade de Medicina somos três sociólogos, dois docentes e uma técnica aqui no departamento.

Assumindo esse lugar de fronteira, às vezes é muito difícil desenvolver essa tradição, porque ela enfrenta estranhamento dos dois lados. Entretanto, a sociologia da saúde no Brasil tem sobrevivido nesse lugar. Eu estou fechando um relatório de pesquisa, de bolsa de Produtividade do CNPq, que é sobre os sociólogos na gestão do SUS. Foram entrevistados 14 sociólogos e cientistas sociais trabalhando na gestão do SUS nos municípios. Claro, eu tenho dificuldades de sobreviver, é evidente. As pessoas às vezes não entendem o que é que eu faço. Não entendem porque é que eu tenho e coloco tantas questões. Mas, ao mesmo tempo, elas me convidam para pensar com elas. Então, outras pessoas também sentem esse lugar da fronteira. Eu não estou numa zona de conforto absoluta, mas, ao mesmo tempo, eu me vejo aqui



dentro porque o campo da saúde me convida a pensar as suas práticas. Entendeu?

São tensões. Por exemplo, numa perspectiva do saber, eu poderia ser convidado por um departamento a auxiliá-los a entender por que as pessoas não aderem ao tratamento. Essa não é a sociologia que temos feito, não servimos a esse modelo para domesticar as pessoas. Porque também há uma outra questão. Nos anos 1970, quando escreveu sobre a iatrogenia em *Nêmesis médica*<sup>10</sup>, Ivan Illich tentava pensar exatamente o efeito desse modelo de cuidado que se instala com a medicina biomédica sobre a vida das pessoas. Nossa medicina e a nossa sociologia estão nesse lugar de pensar por que as coisas são assim e não de outra maneira. Quais são os poderes estabelecidos para que as coisas se mantenham dessa maneira.

Dois temas fundantes da sociologia da saúde nos Estados Unidos: a formação do médico e a relação médico-paciente. Aqui, isso continua como problema até hoje. Ainda é muito, muito difícil. Embora nos anos 1990 e 2000 tenha havido muitas reformas nos currículos médicos, pouca mudança houve nessa situação. No discurso se diz: “tem que aumentar o ensino de ciências sociais”, “tem que ampliar a carga das humanidades” (um dos grandes problemas do profissional da saúde é a comunicação). Mas aí o que é que eles fazem? Eles esvaziam o debate de comunicação = poder (quem tem direito à fala, fala, e quem não tem é punido quando fala, e na relação médico-paciente isso é explícito). Então, retira-se esse debate [dos currículos disciplinares] e se ensinam técnicas de comunicação. Quer dizer, protocolam frases que o profissional tem que repetir.

---

<sup>10</sup> *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina* é o título da tradução brasileira de 1975 feita a partir do francês *Nemesis médicale: l'expropriation de la santé* (1975). Há também as versões de 1974 (Londres) e 1976 (Nova Iorque), intituladas *Medical Nemesis: the expropriation of health*.

*É esse o discurso de humanização do atendimento em saúde.*

**Nelson:** É. Fica muito precarizado. E esse é um grande desafio. Porque, de fato, quando um profissional da saúde – seja ele médico, enfermeiro, fisioterapeuta, odontólogo, seja ele quem for – vê só um problema num órgão, ele está sendo coerente com o método científico, ele está sendo coerente com a coisificação.

*É como ele foi treinado*

**Nelson:** Exatamente! Reificar é ser logicamente coerente com o método. Só que ele está tratando de pessoas. Então, ele reifica, mas a pessoa continua pessoa. Essa contradição se instala de uma tal maneira nas relações da saúde. É aí que nós tentamos esse processo da humanização, da “descoisificação”, ou pelo menos a crítica ao método, ao modo de fazer que consegue enxergar...

*... no paciente uma pessoa*

**Nelson:** Agora, há outro problema. É que, de acordo com o Canguilhem, a medicina não é uma ciência, é um campo de aplicação. Em sendo um campo de aplicação, ela usa conceito como se fosse insumo. Um profissional da saúde tem algodão, álcool, éter, ele tem não sei o quê. Ele tem o conceito de classe, o conceito de etnia, o conceito de gênero [que] ele usa como insumos. A-histórico. Não importa de onde veio, importa que eu [profissional da saúde] tenho que usar isso agora. Comunicação, economia, religião, isso tudo vira insumo se você não se mantiver o tempo inteiro tencionando essa perspectiva. Entendeu? Do meu ponto de vista (é lógico, eu estou aqui dentro, fiz a opção de ficar aqui dentro), aqui é uma grande escola de sociologia, porque o tempo inteiro se vê a naturalização que se faz daquilo que tentamos, o tempo inteiro, mostrar: o processo histórico, o processo de negociação das disputas sociais, dos símbolos associados. O tempo inteiro é preciso refletir sobre como as pessoas

esvaziam isso completamente. Não é uma prática que traga esses elementos e os valorize.

*Para finalizar. Algo que surgiu na nossa conversa quando nós elaboramos o roteiro da entrevista: gostaríamos que você falasse um pouco mais desse aluno de medicina hoje, de qual é a posição dele dentro da faculdade, como é que ele vê as ciências sociais, se há uma perspectiva de mudança nessa prática clínica daqui em diante.*

**Nelson:** Esse ano completo dez anos como sou professor aqui no departamento. Mas, no meu mestrado, doutorado, eu fui PED<sup>11</sup> (na época o programa tinha outro nome)...

*... Há muito tempo aqui dentro*

**Nelson:** ... Muito tempo. E fui professor em São Paulo por cinco anos, em outra instituição. Aqui, eu nunca tive um aluno negro. E isso para mim é absolutamente significativo de quem é que eu estou falando. Percebo que tem havido pequenas e lentas mudanças. No próximo ano, teremos quatro alunos do PROFIS. Nós já temos na turma alunos que vieram do ensino público. Isso muda um pouco o perfil, a característica. Mas, de qualquer maneira, é preciso que se reconheça uma coisa interessante também. Eu tenho trabalhado com os alunos do segundo ano (aquele curso que eu fiz como aluno especial, é o curso em que eu sou professor). É lógico que mudou. Mudou muito. No fim da década de 1990 e em 2000, houve uma grande reforma do currículo aqui. Aquele curso deixou de existir e passou a existir uma outra coisa chamada módulo “Saúde e Sociedade”. Aquele curso criado em 1965 foi dado pela última vez em 2000, com o nome de

---

<sup>11</sup> O Programa de Estágio Docente (PED) é um projeto de formação e aperfeiçoamento didático oferecido aos alunos regulares de pós-graduação da Universidade Estadual de Campinas.

“Ciências Sociais aplicadas à Medicina”. E há um problema, causado por essa reforma com o qual nós estamos tentando lidar faz uns anos, que é o fato de que de 1965 a 2000 existia no currículo médico algo chamado de ciências sociais. A partir da reforma, desaparece. Nós agora temos tentado trazer de volta um pouco da perspectiva das ciências sociais. E, olha, não é teórica: é conceitual. Temos tentado trabalhar com alguns conceitos, com alguma teorização. E com quem trabalhamos? Eles são alunos que entram na faixa etária de 18, 19 anos, eles são brancos, em sua maioria, mulheres, muito disciplinados (ninguém consegue disputar, com outros 100, uma vaga sem se disciplinar). Exatamente porque são muito disciplinados e muito jovens, eles têm muito pouca experiência de vida. Não tem jeito de fazer as duas coisas ao mesmo tempo.

São pessoas muito inteligentes, de um estrato social que teve pouco sofrimento em sua história da vida (a maior parte deles nunca viu ninguém morrer, nunca viu ninguém sofrer). Estou generalizando: é lógico que eu estou falando da maioria. E, mais do que isso, eles tiveram uma formação que é uma formação pouco reflexiva, é uma formação muito fechada. Eles se disciplinaram para um determinado tipo de pensamento muito pragmático. O que é muito interessante é que isso foi identificado por Becker nos anos 1950: os alunos entram na faculdade idealistas, achando que eles podem ajudar as pessoas. E eles vão se transformando numa coisa que o Becker chamou de “cínica”. Eles vão assumindo uma perspectiva cínica e saem pragmáticos: isso serve para aquilo, aquilo para aquilo outro, numa relação de uni-causalidade. Então, será que esse aluno vai conseguir olhar as ciências sociais de alguma forma boa? É muito interessante, porque alguns deles, dentro do centro acadêmico, participam de um movimento de politização muito importante.

E os discursos das instituições internacionais dizem “olha, temos que aumentar as ciências sociais, isso vai torná-los mais humanos, críticos, capazes de refletir”. Mas, na prática, na Inglaterra há problemas, na Alemanha há problemas, em Israel há problemas... E nós temos problemas. E qual é o problema?

O nosso curso é obrigatório, é parte da grade do segundo ano, quando as ciências básicas estão sendo ensinadas. É no quinto e no sexto anos, quando os alunos passam pelo internato, que eles fazem o exercício clínico efetivamente, que é quando eles veem pessoas o tempo inteiro. E aí é quando o fato de ser mulher tenciona, o fato de ser negro tenciona, o fato de não ter escolaridade, o fato de ser pobre. E eles não sabem o que fazer. Mas isso lá. Eles estão aqui no segundo ano, com dezenove anos, querendo ser médico e eu estou falando para eles: “veja, ser mulher, ser branco ou preto, ser rico ou pobre, faz diferença!”. A doença não tem uma distribuição igual. Portanto, às vezes eles têm dificuldades de entender, dado o momento do curso. E vários estudos (fizemos uma revisão da literatura de 1991 a 2000 e eu estou terminando outra agora de 2001 a 2011) mostram, em distribuição de Gauss, que há o centro efetivamente, numa turma de 110, eu devo dar aula para uns 25 que gostariam de ficar comigo, discutir comigo. Sendo que, entre os 110, ninguém olha para mim e pensa: “quando eu crescer eu quero ser igual a você”. (Risos). Eu tenho essa perspectiva. A saúde coletiva já é contra hegemônica. Já há uma tensão nisso. E as ciências sociais vêm como um outro elemento externo para tencionar ainda mais. Por isso, não é uma relação fácil. Mas é bom quando conseguimos estabelecer a comunicação. Ontem ainda eu fui ao centro de saúde e duas das minhas alunas entrevistaram uma mulher de 51 anos, analfabeta, mãe de cinco filhos. Estávamos trabalhando o conceito de desigualdade. Fantástico. Porque essa mulher começou a falar: “bom, eu tinha dois anos quando a minha mãe morreu, meu pai casou com uma mulher que me espancava, [meu pai] não me mandou pra escola, ele judiava de mim, aos oito anos eu fugi de casa, fui morar na rua, lá eu fui violentada, judiada, maltratada, aos treze eu conheci meu marido, me casei com ele, tive cinco filhos, fui empregada doméstica a vida inteira, agora eu estou podendo ir à escola, aos cinquenta e um anos de idade...”. Só que essa mulher estava lá no centro de saúde porque ela é diabética, hipertensa, tem problemas de saúde mental, depressiva e muitos problemas de coluna. Então, é importante expor o aluno a essa

condição e depois poder trazer de lá para poder construir o conceito de desigualdade. Aí, nessa hora, parece que toca.

Um dia, o professor Magnani, da antropologia da USP, estava dando uma palestra e falava disto: os alunos tinham ocupado a USP e ele estava dando exatamente a disciplina sobre etnografia. Então ele falou para os alunos: “está bom, a disciplina está suspensa, mas a tarefa é: vocês vão fazer uma etnografia da ocupação”. Os alunos vibraram: “que coisa mais genial”. E eu também fiquei emocionado com a sacada do cara. Aí eu ouvi, ouvi, ouvi... Quando ele acabou eu falei: “sabe, professor, aquela hora que o senhor falou que brilhou os olhos?”. Ele falou: “sei!”. Eu falei: “Isso nunca aconteceu comigo!”. Os meus alunos não querem fazer sociologia da saúde. Eles querem ser médicos!

Então é isso. Nós trabalhamos nessa perspectiva de que não adianta ser só crítico e dizer que o que eles fazem não é bom. Isso não resolve nada. Só distancia. Mas, ao mesmo tempo, também não adianta não querer mostrar para eles que o lugar social em que estão é um lugar de privilégio, é um lugar de distinção, é um lugar de status. Agora, esse lugar não se sustenta se a sociedade brasileira romper com essa perspectiva. Quer dizer, até quando essa população vai suportar ser maltratada e se sentir sem direitos à saúde? A maior parte ou nenhum deles é usuário do SUS. Eles vêm conhecer o SUS aqui! E fala bem do SUS quem usa o SUS. Ou fala menos mal do SUS que usa. Que não usa, fala de um lugar pré-concebido.

### *Da imagem*

**Nelson:** Nós, nas ciências sociais, tocamos nisso. E às vezes tenciona. Dificulta a relação. Faz parte da aprendizagem.

*Camila De Mario*

*Danilo Arnaut*

*Tatiana de Andrade Barbarini*