

Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva: a produção do conhecimento na sua interface'

Social Sciences and Public Health: creating knowledge at its interface

Amélia Cohn

Socióloga. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Unisantos.

Endereço: Rua dos Franceses, 479 ap 11, CEP 01329-010, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: cohn.amel@gmail.com

1 Texto baseado na Mesa Redonda: "Temas Emergentes em Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva: a produção do conhecimento na sua interface", realizada durante a Oficina de Discussão Temática: "A produção do conhecimento na interface entre as ciências sociais e a saúde pública/coletiva", promovida pela Saúde e Sociedade, em 20 de março de 2012.

Resumo

O artigo trata das relações entre ciências sociais e saúde na produção do conhecimento em Saúde Pública/Coletiva. Aborda os desafios de se articular as várias áreas do conhecimento que compõem esse campo; as dificuldades de construção de uma agenda de pesquisa frente às demandas das políticas públicas de saúde, da marca de seu surgimento enquanto um campo de conhecimento não só empírico mas também militante a favor da construção da saúde como um direito e um bem público.

Palavras-chave: Ciências Sociais e Disciplinas da Saúde; Conhecimento Empírico e Conhecimento Militante.

Abstract

The paper deals with the relations between social sciences and health in the knowledge production of knowledge in the field of Public and Collective Health/Collective Health. It addresses the challenges for articulating the several areas of knowledge comprised in this area, as well as the difficulties concerning the building of a research agenda able to face the demands of the health public policies in health; it considers the rise of a knowledge field which, besides being empirical, is actively concerned with establishing health as a right and a public good.

Keywords: Social Sciences and Health Studies; Empiric and Militant Knowledge.

A trajetória da revista Saúde e Sociedade é longa e exitosa. No seu início o trabalho era absolutamente artesanal, como em grande medida até hoje. Mas pelo menos não se tem mais que carregar os exemplares pessoalmente para garantir que a publicação esteja presente nos eventos científicos da área.

Ao falar da trajetória da revista, não se pode deixar de prestar homenagem aos pioneiros: Carvalho, Everardo, Augusta, Mara e tantos outros que nela acreditaram e investiram o melhor de seus esforços. Vários desses companheiros e outros mais poderiam ser chamados para falar sobre ela, mas a mim coube a honra de fazê-lo. Honra e responsabilidade, uma vez que a tarefa de expor sobre temas emergentes em Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva na sua interface não é pouco complexa, e muito menos pouco polêmica.

Como primeira observação, quase que uma premissa, é bom frisar que as ciências sociais, ao colocar o foco na saúde, enfrentam as consequências de tê-la como objeto, uma vez que isto as delimita como um campo de conhecimento empírico que imprime um recorte específico à realidade. E enquanto uma ciência empírica, elas acabam tendo que se voltar para a dinâmica interna dessa realidade - a saúde - mas ao mesmo tempo sem se limitar ou serem determinadas por essa própria realidade; cabe às ciências sociais, nesse campo de conhecimento e de práticas que é a Saúde Pública/Coletiva, construir a sua própria identidade e autonomia. Assim sendo, elas tem que buscar simultaneamente interfaces com as dinâmicas internas da produção multidisciplinar do conhecimento do campo da área da saúde (pública/coletiva) e com as da realidade sobre a qual ela se debruça. Portanto, não é pouco complexa a busca dessas interfaces: nas ciências sociais voltadas para a saúde, no âmbito de uma dimensão essencialmente empírica e portanto voltada para a intervenção na realidade da saúde, a produção do conhecimento tem que ao mesmo tempo manter um diálogo com as dinâmicas internas da produção do conhecimento nas ciências sociais e de dialogar com os fenômenos complexos da saúde e com a produção do conhecimento das outras disciplinas que compõem o campo.

Mas a complexidade da nossa tarefa de cientistas sociais dedicados ao estudo da saúde não para aí,

pois quanto aos temas emergentes, eles não estão dados como um fato para nós, sujeitos do conhecimento; esses temas emergentes estão e fazem parte de uma realidade que nos interpela sempre para que saibamos capturar as novas dinâmicas, as novas configurações e os novos processos do social e da relação entre dinâmicas sociais e saúde. Lembremo-nos que em 1983, sob organização de um dos decanos da nossa área, Everardo Duarte Nunes, Asa Cristina Laurell publicou um texto que falava da relação entre o biológico e o social como uma “caixa preta” (Nunes, 1983). E essa “caixa preta” ainda não foi, até os dias de hoje, decodificada (aliás, nem sei se teria de ser, ou se um dia o será).

Ademais, as ciências sociais tomarem como objeto a saúde tampouco é trivial, dadas as características desse objeto: enquanto o marco da doença (relativamente menos complexo porque mais concreto, delimitado e palpável) permite estabelecer de forma mais clara suas relações com o social, no caso da saúde trata-se de um fenômeno em si extremamente escorregadio, multifacetado. A imagem que venho utilizando desde 1992, é de que saúde, enquanto objeto de estudo, é como se fosse um caleidoscópio: a depender da forma como o capturo ele muda de conformação, portanto mudam igualmente suas articulações com fenômenos sociais do contexto no qual se dão as dinâmicas da saúde, revelando múltiplas e inúmeras configurações mutáveis a depender do olhar do investigador.

Por outro lado, como a saúde (e a doença, mas o marco principal da Saúde Pública/Coletiva é a saúde) recobre inúmeras configurações e articulações com o social, torna-se também possível - em tese - incorporar no interior das ciências sociais e das humanidades, distintas disciplinas e mesmo distintas articulações entre elas. Tarefa tampouco de baixa complexidade.

Mas um dos principais problemas quando se trata da busca dessa interdisciplinaridade (parece extremamente pretensioso falarmos de transdisciplinaridade no atual estágio da produção do conhecimento na área, apesar dos argutos textos de Naomar de Almeida, dentre outros) é que as ciências sociais e as humanidades não foram e não estão sendo, até o presente momento, incorporadas de forma autônoma pelo campo da Saúde Pública/Coletiva.

Em resumo, ainda existe uma dicotomia, na área acadêmica, entre cientistas sociais que estudam a saúde como objeto mas militam na arena exclusiva das ciências sociais, e aqueles que fazem o mesmo mas militam na arena da Saúde Pública/Coletiva. É deste campo que se trata aqui, no qual a agenda de investigação para as ciências sociais é dada pela agenda dos não cientistas sociais, em especial dos especialistas em Epidemiologia.

Nesse processo de captura das Ciências Sociais pela área da saúde criaram-se falsas dicotomias com as quais o campo ainda hoje se defronta. Talvez o caso mais emblemático seja o da tensão - e atualmente talvez (pior) o casamento - entre estudos quali e quanti. Pois hoje em dia a moda reside exatamente nos estudos quanti-quali, ou vice-versa, sem que se busque discernir de forma cuidadosa cada uma dessas metodologias em termos de seus limites e possibilidades de explicação, para daí então buscar uma interlocução entre ambos. Como moral da história, no geral o “quali” vem como a cereja do bolo nos estudos “quanti”, com uma consequência nefasta: o pesquisador generalista, que corporifica a convicção de entender igualmente e com a mesma profundidade ambas as metodologias, embora estas requeiram, para os mais cuidadosos, ou mesmo mais conservadores e ortodoxos como eu, uma *expertise* específica. Não se trata de condenar aqui este ou aquele pesquisador ou esta ou aquela linha de pesquisa, mas sim de lançar um alerta: a busca de interlocução entre estratégias distintas de apropriação científica da realidade só pode ocorrer se elas forem respeitadas em suas especificidades e exigências. Caso contrário, ocorrerá uma miscelânea metodológica de tal magnitude que o objeto que importa - a saúde - será ofuscado.

Afora o fato de que grande parte dos estudos da área das ciências sociais no campo da Saúde Pública/Coletiva foi realizada por não cientistas sociais enquanto formação de origem (é muito recente o fenômeno da área formar outros profissionais que não médicos nas faculdades de medicina, o mesmo acontecendo com a área de enfermagem, dentre outras), continua sendo relevante a questão sobre quem faz a agenda da produção da pesquisa e do conhecimento na interface entre Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva.

Essa agenda foi ditada, na América Latina e no Brasil, pelo movimento da reforma sanitária: os temas emergentes são dados pelos processos (e portanto demandas) dessas reformas, no sentido de re-afirmá-los. Em decorrência, até os anos 90 a produção científica da área, por mais paradoxal que possa parecer esta afirmação, foi marcada por um “saber militante” (Cohn, 1989), de re-afirmação das medidas que vinham sendo tomadas ou, no restante da América Latina, que se queria fossem tomadas pelo Estado.

Pode-se afirmar, então, que à época (anos 70, 80) os temas emergentes para os cientistas sociais da área da Saúde Pública/Coletiva decorriam do fato de as ciências sociais estarem abertas para a realidade em curso, tendo como foco a saúde, e mais especificamente os processos de reforma no setor da saúde. Com isto, perdeu-se a dimensão crítica que o processo de desvelamento de uma realidade social por parte das ciências sociais implica. Assim, para que se resgate a capacidade de autonomia da incorporação das ciências sociais no campo, parte-se hoje de um ponto de origem e de uma trajetória que não podem ser desconhecidos.

A começar pelo fato de para as ciências sociais, até os anos 80, a saúde ser um objeto de conhecimento de menor importância, o que coincide com o predomínio do pensamento desenvolvimentista. E quando elas se debruçavam sobre a área social, era de forma setorial e fragmentada: saúde, educação, assistência social, etc.

Mais recentemente, dos anos 90 em diante, os cientistas sociais não pertencentes ao campo da Saúde Pública/Coletiva voltam-se para a área da saúde, no entanto realizando estudos da perspectiva institucional, procedimental, marcados pelo desconhecimento, ou pelo menos estranhamento, do que ocorre no setor da saúde e mais especificamente da produção das ciências sociais da área da Saúde Pública/Coletiva.

Atualmente, o que ocorre? Primeiro, uma contaminação nossa (dos cientistas sociais desse campo de conhecimento e de práticas) pelo que ocorre no setor da saúde, o que coincide com “modismos” dos movimentos do conhecimento na área das ciências sociais, que são transplantados sem mais para o interior da Saúde Pública/Coletiva. Observam-se des-

locamentos de focos e ênfase excessiva, atualmente, no individualismo e no particularismo. Sem dúvida esse fenômeno até certo ponto encontra resposta no processo de incorporação das Ciências Sociais pela Saúde Pública/Coletiva pela negação, vale dizer, servindo como instrumento para que se negassem a tendência e a realidade da saúde dos anos 60 e 70 (marcada pelo modelo hospitalocêntrico, privatista) e do complexo médico industrial, tal como rotulado por Hésio Cordeiro.

Em consequência dessa dificuldade de autonomia de agendas de pesquisa e produção do conhecimento das ciências sociais frente ao movimento da reforma sanitária e do SUS, verificam-se hoje o que se poderia denominar de dois extremos, frente ao passado: 1) uma subordinação técnica ao objeto, em que o cientista social tende a tornar-se um ideólogo ou um técnico menor da construção do saber na área; e 2) uma perda da visão crítica na produção do conhecimento na interface entre Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva. Como resultado, tem-se atualmente uma produção do conhecimento, por parte desses cientistas sociais, que mais se confunde com consultorias, reafirmando processos de implantação do SUS ou criticando ideologicamente determinadas tendências que esses processos revelam.

Ressurge então a questão de como articular as Ciências Sociais enquanto um campo de conhecimento empírico, focado numa realidade específica, e ao mesmo tempo constituir-se como uma área de conhecimento científico autônoma no sentido forte da Ciência, isto é, crítica.

Nesse quadro, uma inovação recente das mais significativas reside na possibilidade de nós, cientistas sociais desse campo de conhecimento, podermos formar outros cientistas sociais. Mas esse fenômeno não deixa de ser conflituoso; a origem desse conflito está no fato de a área médica resistir a essa autonomia das ciências sociais, na exata medida em que são eles que forçam a agenda da pesquisa, seja por deterem o poder no âmbito das políticas e da gestão da saúde, seja por deterem a hegemonia (no sentido clássico do termo) na conformação da Saúde Pública/Coletiva enquanto campo de conhecimento e de práticas. Assim, na maior parte das vezes um estudo com um teor mais crítico dos processos em curso é com frequência confundido como negação do SUS e

dos preceitos da Reforma Sanitária, sendo facilmente rotulado extra-oficialmente como “politicamente incorreto”, o que na maioria das vezes significa um soberano desconhecimento da sua existência.

No entanto, essa constatação não basta. Há que se admitir que a própria agenda da Saúde Pública/Coletiva atualmente carece de criatividade. Assim como própria política de saúde atualmente carece de inovação, fazendo com que a grande questão que hoje se impõe à toda a comunidade do campo, sejam eles gestores, pesquisadores ou acadêmicos, consista na pergunta que é exatamente o tema desta mesa: quais os temas emergentes que devemos formular e perseguir, tanto na realidade social mais abrangente, como naquela específica da saúde?

Exemplos de desafios não nos faltam. Um deles: o que são hoje os movimentos sociais? Certamente não são os que eram na década de 70, estudados por Ruth Cardoso. O que são hoje os novos sujeitos sociais coletivos? São as classes sociais? Porque como testemunha Carvalheiro, aqui presente, foi por onde o nosso campo de conhecimento começou a se formar. Hoje se verifica o oposto, com raras exceções: a ênfase no indivíduo, na subjetividade, no *soi disant* pós-moderno, exatamente quando o grande desafio da reflexão nas ciências sociais atualmente consiste em pensar como se debruçar sobre uma realidade social cada vez mais opaca, e como conseguir identificar formas de coesão social que reforcem a autonomia e a solidariedade dos sujeitos sociais. Outro desafio: do ponto de vista das Ciências Sociais, em que implica pensar a saúde da perspectiva da pobreza e da desigualdade? O texto de Rita Barradas Barata - Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde (Barata, 2009) - traz elementos instigantes para se pensar essa questão de forma mais aprofundada do ponto de vista das ciências sociais.

Em que consistem os determinantes sociais da saúde, do ponto de vista específico das ciências sociais? Apesar de ser um passo importante internacional e nacionalmente, o movimento dos determinantes sociais da saúde ainda é uma grande incógnita (pelo menos para mim) no sentido de saber no quê de fato ele inova no plano do conhecimento. No plano da ação e/ou orientação das políticas de saúde fica claro, mas no âmbito dos avanços do co-

nhecimento do processo saúde-doença na busca da interface das ciências sociais com a Saúde Pública/Coletiva, ainda é um campo a ser explorado. Certamente porque determinantes sociais, da perspectiva clássica, estão referidos a uma totalidade no processo de reprodução social, resta o desafio de como enfrentar essa totalidade na sua especificidade no campo da saúde.

Há outros dois desafios, dos quais um é particularmente caro às minhas preocupações intelectuais e empíricas. O primeiro diz respeito às novas configurações entre as dimensões pública e privada da vida social, para não se mencionar as mutações na natureza do que é público e do que é privado na produção dos serviços de saúde do país nesse período mais recente. E outro: dá para se continuar pensando e formulando programas e políticas de saúde de forma estanque e segmentada (na prática, não no discurso) como saúde da mulher, do negro, dos indígenas, dos homens, do adolescente, dos idosos, etc? Como articulá-las? O que esses fenômenos têm em comum, na sua raiz, na atual realidade social brasileira? Quais os temas, ou questões, que seriam ou poderiam se revelar como transversais a esses segmentos? Como, por exemplo, estudar violência e saúde desta perspectiva?

Enfim, a busca de temas emergentes (ciente que tratei aqui mais de desafios) está na dependência muito mais da postura do olhar do cientista social frente às questões tradicionais que aí estão, no caso da saúde, do que do próprio instrumental das ciências sociais. Para termos êxito, certamente a reconquista de nossa auto-estima no interior do campo da Saúde Pública/Coletiva é um passo decisivo. No entanto, sem cairmos na tentação dos modismos temáticos externos ao campo ou mesmo internacionais e muito menos sem desconhecê-los, mas transformando os novos temas emergentes nas ciências sociais e nas humanidades em geral como sinais de alerta para nos debruçarmos sobre um objeto tão complexo e escorregadio como é a saúde para os cientistas sociais.

Quando se buscam interfaces na produção do conhecimento, perseguir temas emergentes vai muito além de identificar novas questões e fenômenos que a realidade social nos apresenta hoje. Isto implica identificá-los e sermos capazes de inovar na sua

forma de abordagem, estarmos abertos para novas perspectivas do “olhar” sem no entanto renegar os clássicos na produção das ciências sociais.

Referências

NUNES, E. D. *A saúde-doença como processo social*. Medicina Social - aspectos históricos e teóricos. São Paulo. Global Editora. 1983. P. 133-158.

COHN, A. *Caminhos da Reforma Sanitária*. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. São Paulo. CEDEC. N. 19. P. 123-140, 1989.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Recebido em: 12/12/2012
Aprovado em: 15/01/2013