

Referência: Redes Sociais e Saúde (2008). Recife:UFPE

## A SOCIOLOGIA E A SAÚDE – CAMINHOS CRUZADOS

### Introdução :

A relação entre a sociologia e os estudos sobre a saúde afirma-se a partir de caminhos cruzados: um deles nasce no campo sociológico, revelando a importância de se compreender a saúde como um fenômeno social, isto é, um fato resultante das interações humanas, produto da vida em sociedade como o são igualmente outros acontecimentos: educação, família, religião, política, economia e lazer. Classicamente, os estudos sociológicos sobre saúde estão mais centrados nas práticas médicas, nas relações entre médico e paciente (como o provam estudos sociológicos clássicos sobre o assunto : aqueles conduzidos por autores como T. Parsons, E. Goffman e outros norte-americanos entre os anos cinquenta e sessenta do século passado). Tal preferência explica-se pela importância dada à medicina de caráter assistencial-curativo, a clínica médica, no campo da saúde, nos últimos dois séculos, em detrimento de uma compreensão mais ampla dos sistemas de cura e dos modelos de gestão na saúde (Martins, 2003).

Desde os anos setenta, porém, estudos vêm sendo realizados no intuito de explorar as implicações sociológicas de aspectos da saúde que extrapolam a dimensão assistencial-curativa. Temos, aqui, então, outro caminho que se afirma não a partir do campo sociológico acadêmico, mas dos campos da antropologia médica e de disciplinas das ciências da saúde, como a epidemiologia, a medicina social e a clínica do social. A articulação entre saúde e sociedade torna-se possível no momento em que se passa a questionar a definição de doença como fator meramente biológico, resgatando-se o lugar da doença na experiência humana, como o fez a antropologia médica (Rabelo, Alves e Souza, 1999). Com certo atraso, a sociologia vai integrando esses procedimentos de desconstrução da idéia biologizante da doença, passando a incorporar o saber sociológico na explicação de impactos sobre a cidadania provocados pelos fenômenos endêmicos e epidêmicos, pelas políticas governamentais e não-governamentais de educação, prevenção e promoção à saúde nas comunidades, bairros e lares.

No Brasil, nas últimas três décadas, observa-se que a construção do saber de fronteira entre a sociologia, a antropologia, as psicologias e as ciências da saúde, objetivando uma nova compreensão sobre a relação entre saúde, sociedade e cultura resulta de iniciativas surgidas fora do campo sociológico propriamente dito. Que razões explicam o relativo desinteresse dos sociólogos acadêmicos no que concerne à organização de um campo disciplinar específico : a sociologia da saúde ? Uma das hipóteses a ser apreciada : a sociologia acadêmica ficou muito absorpta, nas últimas décadas, com os desafios teóricos e práticos da modernização social e nacional (industrialização, mercado de trabalho, políticas de emprego etc.) ou com a reprodução de temas recorrentes no imaginário sociológico por serem considerados estratégicos na análise social (educação, trabalho, religião, política entre outros), deixando-se de lado a preocupação específica com a saúde. É como se o impacto dos surtos endêmicos na vida das pessoas comuns ou o mal-estar provocado pelas doenças e sofrimentos não apresentassem interesse para a sociologia ou fossem de interesse sociológico menor. Enfim, a sociologia acadêmica prestou, até agora, pouca atenção às novas significações que as questões da saúde vêm trazendo para a organização da cidadania e da vida social, o que vem sendo revisto na medida em que as áreas urbanas densamente povoadas e mal planejadas, passam a se constituir em terreno fértil para a proliferação de doenças e para o aumento dos índices de mortalidade com reflexos negativos sobre os mecanismos de socialização dos indivíduos e de formação da cidadania.

Entre essas novas significações trazidas pela sociologização da saúde emerge, lentamente, o tema da natureza e da gestão do sofrimento social que era considerado, até há pouco, de interesse não da sociologia mas da psicologia (reduzindo-se erroneamente o sofrimento a um dilema existencial e esquecendo-se da relação direta do mesmo com o funcionamento normativo das instituições sociais). O sofrimento emerge como tema sociológico relevante quando percebe-se que o mal funcionamento dos

mecanismos de socialização interfere diretamente sobre as representações que os indivíduos fazem de si mesmos e de seu grupo social, sobre o valor dado ao pertencimento coletivo (a uma família, a uma comunidade, a uma nação, a uma espécie humana), criando ou destruindo alianças e práticas de solidariedade. Assim, quando as instituições funcionam adequadamente (seja ela a família, o trabalho ou outra qualquer), são geradoras de bem-estar social. Ao contrário, quando funcionam inadequadamente, engendram mal-estar social.

Mas, aos poucos, justamente em decorrência do mal funcionamento das principais instituições sociais no momento presente (o recrudescimento da violência e da criminalidade é a maior prova da falência das instituições sociais), o sofrimento passa a constituir assunto prioritário nos estudos sociológicos. Sua importância vem ganhando espaço, inevitavelmente, a partir de pesquisas desenvolvidas fora do campo da sociologia, mais precisamente no campo da antropologia médica, das psicologias e das ciências da saúde, penetrando progressivamente o domínio propriamente sociológico. Tal perspectiva inovadora de análise não é facilmente assimilada pelos sociólogos, devido ao fato de a sociologia não saber lidar convenientemente com os aspectos simbólicos da vida social, apesar da tentativa de Marcel Mauss de esclarecer a importância fundamental do simbólico para a construção da sociedade, na sua célebre obra *Ensaio sobre a dádiva* de 1924 (Mauss, 2003, Caillé, 2002).

Por isso, na apresentação do presente livro - que visa justificar a importância da sociologia da saúde e de conceitos como o de rede social para se avançar na compreensão da idéia de promoção à saúde -, pensamos ser importante lembrar alguns acontecimentos que marcam nas últimas décadas a mudança paradigmática nos estudos sobre a saúde, os quais rebatem inevitavelmente sobre o campo sociológico. Nesse sentido, deve-se reconhecer que o diálogo entre a sociologia e as ciências da saúde (em particular a medicina social, a epidemiologia e a saúde coletiva) tem sido estimulado, sobretudo, pelo segundo grupo em decorrência de alguns fatos como, por exemplo, no plano institucional, a consolidação da Fundação Oswaldo Cruz, que se tornou exemplo na promoção de pesquisas e divulgação dos estudos sobre a saúde. Porém, o mais relevante para justificar a reviravolta dos estudos sobre saúde e sociedade é a série de seminários e de congressos realizados na América Latina, desde os anos sessenta, o que levou Everardo Nunes a afirmar que as novas disciplinas incorporadas no currículo: epidemiologia, administração e bioestatística « aparecem como forma de criticar a biologização do ensino, calcadas em práticas individuais, centradas no hospital (...). Trata-se da integração conhecida como biopsicossocial, quando se trata do plano do indivíduo e, no plano da comunidade, é a da chamada medicina integral, uma tradução da terminologia norte-americana, denominada *comprehensive medicine*, procurando integrar a família ». Nunes arremata: « Nesse caso, era muito importante a presença do cientista social que pudesse desenvolver essa idéia, por meio de instrumentos de análise da família, da comunidade, fornecendo elementos para a inserção deste ensino » (Nunes, 2003: 66).

Nos anos setenta, a medicina social deu novo alento à reorganização dos estudos em saúde a partir da prioridade atribuída ao social. Mas, foi nos anos oitenta, sobretudo, que se afirmou uma tendência clara de mudança de paradigmas, passando-se de uma compreensão simplista de saúde pela qual o fenômeno se definia negativamente com relação à doença –saúde era o que não fosse doença – para uma outra visão mais complexa e afirmativa em que saúde se definiu a partir de uma série de considerações culturais, sociais, políticas, afetivas e ambientais. A saúde deixou de ser entendida como ação preventiva para ser compreendida como promoção, não se referindo mais a uma determinada doença ou desordem, mas à qualidade de vida resultante, lembra Dina Czeresnia, “de complexo processo condicionado por diversos fatores tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação” (Czeresnia, 2003: 46).

Alguns encontros foram decisivos para a progressiva transformação da medicina social dos anos setenta para a saúde coletiva dos anos noventa. Um desses encontros foi a conferência de Ottawa (Canadá), acontecida em 1986, que se encerrou propondo cinco princípios básicos para se repensar a idéia de saúde: a) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, b) criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (Buss, 2003: 26). Ainda devem ser lembradas, nessa mesma perspectiva, a Conferência de Adelaide de 1988, que, entre outras prioridades, assinala a saúde da mulher; a Conferência

de Sundsväl (Suécia), em 1991, momento em que se lança uma declaração a favor de ambientes favoráveis – físicos, sociais, econômicos e políticos – à saúde e a Conferência de Jakarta, que buscou reforçar a ação comunitária (Buss, 2003: 25-31).

O impacto da afirmação do paradigma da promoção à saúde sobre a sociologia surge, por um lado, a partir das mudanças institucionais e políticas representadas pela Atenção Básica (privilegiando a família como objeto da ação sanitária) e pela Vigilância à Saúde (privilegiando a territorialização e intersetorialização das ações), respondendo à complexidade do objeto saúde a partir de sua definição afirmativa. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição de 1988, e o surgimento de programas territorializados como o Programa de Saúde da Família (PSF) ou o Programa de Saúde Ambiental (PSA), representam fatos que apontam para a quebra de uma certa cultura médico-hospitalar relativamente indiferente às implicações sociais da prática de saúde. Por outro lado, o impacto de tal quebra foi acentuado pela emergência de uma compreensão psicossomática da medicina, pois a postura psicossomática é muito maior e mais abrangente, dizem Oliveira Jr., Gonzalez e Branco, que a especialidade proposta pelo modelo biomédico: “Muitas vezes, apenas um simples gesto ao cumprimentar o paciente, olhando-o nos olhos e ouvindo seus anseios, pode fazer a diferença para o estabelecimento de uma relação saudável médico-paciente” Oliveira Jr., Gonzalez e Branco (2003: 70-71). Essa nova compreensão começa a questionar as estruturas curriculares e a formação dos profissionais da saúde de modo, lembra Bertoldo Kruse, a se incorporar novos parâmetros: os ditames humanísticos, éticos e comunitários e se evitar a submissão dos valores da profissão aos interesses do mercado. Assim, o médico será tão mais eficaz e consistente na sua profissão “quanto mais puder articular o conhecimento teórico e técnico da ciência médica aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação profissional/usuário” (Kruse, 2001: 16-18).

A prioridade dada ao caráter interativo (pela valorização da família ou dos aspectos simbólicos, éticos e afetivos na relação entre profissional e paciente) no processo de cura e, também, a intenção de submeter as inovações tecnológicas à primazia do relacional, permitiu o florescimento de uma cultura de cuidados na saúde mais plural e humana que se revela em algumas idéias: atenção primária à saúde, interdisciplinaridade, participação popular na organização do bem-estar social. Tais mudanças de mentalidade permitiram, observa Paim (2003: 163) uma crítica importante ao modelo médico-assistencial hegemônico na medida em que “a compreensão de que a saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza, considerando as dimensões econômica, política, e cultural, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde”. Na mesma linha de raciocínio, Freitas propõe que a promoção da saúde “deve significar também o reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde, exigindo-se simultaneamente abordagens mais qualitativas, bem como associações a estratégias participativas e territorializadas de vigilância (Freitas, 2003: 155).

Em segundo lugar, as mudanças paradigmáticas no campo da saúde interferem no campo sociológico a partir das transformações verificadas no conceito de vigilância epidemiológica, que, nos anos setenta, apresentava um caráter acentuadamente autoritário, centralizado e vertical. Nos últimos vinte anos, porém, esclarecem Carvalho e Werneck (1998: 22-23), afirma-se progressivamente um novo conceito de vigilância à saúde que expande o conceito de vigilância tradicional «quando aceita a proposição inscrita na Constituição de que a saúde não pode ser resumida à ausência de doença, e deve ser entendida como uma decorrência de fatores ambientais e econômicos, da organização e efetividade dos serviços de saúde, do trabalho, etc.».

A força do conceito de vigilância à saúde está na sua complexidade teórico-prática, como modalidade de intervenção na realidade social com o fim de incorporar a proteção e a promoção à saúde em ações territorializadas. Isso explica o porquê desse conceito ter sido experimentado inicialmente nos Distritos Sanitários. Enfim, esclarece Paim: «A vigilância da saúde constitui-se em um modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção à saúde; implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária» (Paim, 2003: 170).

A sistematização de um conceito como o de promoção à saúde, que incorpora definitivamente a questão social no debate, aliado ao conceito de vigilância à saúde - que articula organicamente o saber teórico e o prático -, coloca, inevitavelmente, um desafio para a sociologia da saúde. Desperta a curiosidade de pesquisadores desejosos de viver essa aproximação disciplinar para estruturar novos conhecimentos de fronteira envolvendo pesquisadores que desejam dialogar sobre a relação saúde e sociedade a partir de ângulos diversos.

O presente livro sobre *Redes sociais e saúde* constitui uma das respostas à tentativa de aproximação entre pesquisadores da sociologia e da saúde coletiva, tendo como meta a elaboração de um saber complexo, teórico e prático sobre esse tipo de relação. Este livro é, pois, uma das respostas das atividades de pesquisa e de reflexões conjuntas realizadas, de uma parte, por pesquisadores do NUCEM (Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança) do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), de outra, de pesquisadores do Departamento de Saúde Coletiva do NESC/ Aggeu Magalhães/ Fiocruz, em torno de um estudo sobre « Redes sociais, cidadania e problemas endêmicos » financiado pelo Ministério da Saúde/FACEPE e realizado entre 2003 e 2004.

Como o leitor irá perceber, a proposta do livro é estimular o diálogo entre a sociologia e a saúde coletiva a partir da introdução da idéia de rede social. Entendemos ser o conceito de rede social, ainda em fase de sistematização teórica e metodológica, um recurso poderoso para explicar o potencial mobilizador da sociedade civil e as perspectivas políticas inovadoras que as ações solidárias geradas horizontalmente entre indivíduos e grupos sociais - tanto no interior da sociedade civil como nas instâncias de poder e governo municipais e locais -, podem oferecer para a compreensão dos desafios de construção da cidadania democrática no mundo globalizado e instável da contemporaneidade. O conceito de rede social é oportuno por centrar o foco da análise não sobre os atores sociais fixados em certas posições e status, mas sobre a relação propriamente dita. Isto é, o conceito de rede social contribui para salientar que o valor básico da ação social localiza-se não nas preferências ou interesses dos atores sociais (individuais ou grupais), mas na relação social em si mesma : na sua morfologia, densidade, intensidade e sentido. A teoria de rede social enfatiza não o que se ganha ou se perde materialmente, mas o que circula na vida social em favor da organização coletiva. Às vezes tal circulação aparece como perda, outras, como ganho, não apenas material, mas, sobretudo, simbólico.

Os textos escolhidos para a presente coletânea buscam responder a este esforço de aproximação dos saberes de fronteira entre o social e a saúde a partir de dois enfoques. Na primeira sessão, intitulada « Novos paradigmas em sociologia : as redes sociais » procuramos trazer para conhecimento do leitor três textos elucidativos sobre redes sociais : o primeiro, de Paulo Henrique Martins, enfatiza a relação entre rede social e complexidade numa perspectiva sócio-histórica, demonstrando como esta idéia se esboça em alguns autores clássicos da sociologia : Durkheim, Mauss e Elias, e como a teoria da dádiva está profundamente imbricada na constituição deste conceito ; o segundo texto, de Breno Fontes, procura, a partir da teoria do capital social, definir a idéia de rede a partir das experiências de associação voluntária ; o terceiro texto, do sociólogo canadense Jacques Godbout, um dos sistematizadores contemporâneos do paradigma da dádiva, explora a diferença entre redes e aparelhos, demonstrando que o mercado também constitui um tipo de rede social. Esse primeiro bloco de textos não se referem diretamente ao tema da saúde, mas constituem um conjunto de reflexões originais e básicas para se aprofundar o entendimento das mobilizações em saúde como rede social.

A segunda parte do livro intitulada « Redes sociais, saúde coletiva e controle da dengue » reúne um conjunto de textos mais diretamente voltados para a questão da saúde. O primeiro deles, da médica e epidemiologista Lia Giraldo Augusto, esclarece aspectos decisivos sobre a Saúde Coletiva e sobre as novas exigências postas pelo paradigma da Promoção à Saúde ; o segundo texto, elaborado conjuntamente por Paulo Henrique Martins e Breno Fontes, constitui um esforço de definição do conceito de rede de vigilância em saúde, tendo os autores, com esta finalidade, construído uma tipologia de redes com fins práticos (redes sócio-técnicas, redes sócio-institucionais e redes sócio-humanas) ; o terceiro texto é de autoria de Breno Fontes, constituindo o esforço deste pesquisador de sistematizar o conceito de rede de saúde comunitária ; o quarto e último texto é assinado conjuntamente pela sanitarista Solange Laurentino e pela médica Lia Giraldo Augusto, constituindo um esforço bem sucedido de exemplificação dos novos

desafios paradigmáticos a a partir de uma situação concreta pesquisada : percepção da dengue pela população atingida.

Enfim, desejamos que este livro constitua não apenas uma fonte importante de reflexão teórica, mas igualmente um guia para apoiar intervenções de agentes públicos, governamentais e não-governamentais, comprometidos com a construção de redes de cidadania e de associação solidária, capazes de legitimar e garantir historicamente os esforços de mudança da cidadania que os profissionais e intelectuais da saúde vêm perseguindo há algumas décadas. Embora os textos apresentem uma certa diversidade, se considerados isoladamente, quando tomados no seu conjunto, demonstram uma coerência conceitual, que se explica pela afinidade teórica e prática construída a partir da parceria entre instituições e pesquisadores das áreas fronteiriças entre a sociologia e a saúde coletiva.

Recife, 10 de abril de 2004

Paulo Henrique Martins e  
Breno Fontes

## Bibliografia de Referência

- Alves, P.C., Rabelo, M.C. e Souza, I.M. (1999) « Introdução » in *Experiência de doença e narrativa* (organizadores : Alves, Rabelo, e Souza), Rio de Janeiro, Editora Fiocruz ;
- Buss, P.M. (2003) « Uma introdução ao conceito de promoção da saúde » in Czeresnia, D. e Freitas, C. (organizadores) *Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências*, Rio, Editora Fiocruz ;
- Carvalho, D.M. e Werneck, G.L. (1998) « Vigilância epidemiológica : história, conceitos básicos e perspectivas » in *Vigilância epidemiológica : textos de apoio* (organização : Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio), Rio de Janeiro, Fiocruz ;
- Czeresnia, D. (2003) « O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção » in Czeresnia, D. e Freitas, C. (organizadores) *Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências*, Rio, Editora Fiocruz ;
- Freitas, C.M. « A vigilância da saúde para a promoção da saúde » in Czeresnia, D. e Freitas, C. (organizadores) *Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências*, Rio, Editora Fiocruz ;
- Kruze, B. (2001) « Introdução » in *A educação profissional em saúde e a realidade social* (organizador : B. Kruze), Recife, IMIP/Ministério da Saúde ;
- Martins, P.H. (2003) *Contra a desumanização da medicina : crítica sociológica das práticas médicas modernas*, Petrópolis, Editora Vozes ;
- Nunes, « Ciências sociais em saúde : um panorama geral » in *O clássico e o novo : tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (organizadores : Goldemberg, Marsiglia e Gomes), Rio, Editora Fiocruz ;
- Oliveira Jr., W. de, Gonzalez, R.F. e Branco, R. (2003) « Psicossomática : especialidade médica ou entendimento holístico do paciente ? » in *A relação com o paciente : teoria, ensino e prática* (organizadores : Gonzales e Branco), Rio de Janeiro, Guanabara Koogan ;
- Paim, J. S. « Vigilância da saúde : tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde » in Czeresnia, D. e Freitas, C. (organizadores) *Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências*, Rio, Editora Fiocruz ;