

A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória

Theoretical construction in the sociology of health:
a reflection on its trajectory

Everardo Duarte Nunes¹

Abstract *The scope of this paper is to reflect on the theoretical construction in the constitution of the sociology of health, still called medical sociology in some countries. Two main ideas constitute the basis for this: interdisciplinarity and the degree of articulation in the fields of medicine and sociology. We sought to establish a dialogue with some dimensions – macro/micro, structure/action – that constitute the basis for understanding medicine/health in relation to the social/sociological dimension. The main aspects of these dimensions are initially presented. Straus' two medical sociologies and the theory/application impasses are then addressed, as well as the dilemmas of the sociology of medicine in the 1960s and 1970s. From these analyses the theoretical production before 1970 is placed as a counterpoint. Lastly, the sociology of health is seen in the general context of sociology, which underwent a fragmentation process from 1970 with effects in all subfields of the social sciences. This process involves a rethinking of the theoretical issues in a broadened spectrum of possibilities. The 1980s are highlighted when theoretical issues in the sociology of health are reinvigorated and the issue of interdisciplinarity is once again addressed.*

Key words *Theory, Sociological theory, Sociology of health, Trajectory, Theoretical construction, Interdisciplinarity*

Resumo *O objetivo deste artigo é estabelecer algumas reflexões sobre a construção teórica na constituição da sociologia da saúde, ainda denominada em alguns países de sociologia médica, baseadas em duas ideias: a interdisciplinaridade e o grau de articulação presente nos campos da medicina e da sociologia. Buscamos estabelecer um diálogo com algumas dimensões – macro/micro, estrutura/ação – que constituem as bases na compreensão da medicina/saúde em sua relação com o social/sociológico. Inicialmente apresentamos aspectos dessas dimensões; em seguida abordamos as duas sociologias médicas de Straus² e os impasses entre teoria/aplicação, assim como os dilemas do campo da sociologia da medicina dos anos 1960 e 1970. A partir dessas análises colocamos como contraponto a produção teórica anterior a 1970 e situamos a sociologia da saúde no cenário geral da sociologia, que a partir de 1970 sofre um processo de fragmentação com reflexos em todos os subcampos das ciências sociais. Esse processo é acompanhado de um repensar das questões teóricas num espectro ampliado de possibilidades. Destacamos a década de 80 quando se revigoram as questões teóricas da sociologia da saúde e concluímos retomando a questão da interdisciplinaridade.*

Palavras-chave *Teoria, Teoria sociológica, Sociologia da saúde, Trajetória, Construção teórica, Interdisciplinaridade*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária, Barão Gerado. 13.081-970 Campinas SP Brasil. evernunes@uol.com.br

Em grande medida, os caminhos para desenvolver a teoria social dependem do empenho em um tema específico e de uma filosofia da ciência social¹.

Introdução

O objetivo deste artigo é estabelecer algumas reflexões sobre a construção teórica na constituição da sociologia da saúde, ainda denominada em alguns países de sociologia médica. Toma como ponto de partida duas ideias que percorrem o campo: a interdisciplinaridade e o grau de articulação presente nos campos da medicina/saúde e da sociologia.

Certamente, a construção teórica é mais complexa do que a derivada dessas duas noções, mas não será tratada neste trabalho; não estamos buscando uma teoria geral, mas recuperando alguns debates dessa trajetória. Esses debates, em alguns momentos, são vistos no diálogo com algumas dimensões – macro/micro, estrutura/ação – que constituem as bases na compreensão da medicina/saúde em sua relação com o social/sociológico. Nessa direção, abordamos as duas sociologias médicas de Straus² e os impasses entre teoria/aplicação, assim como os dilemas do campo da sociologia da medicina dos anos 1960 e 1970³⁻⁵.

A partir dessas análises colocamos como contraponto a existência da produção teórica que antecede os anos 70, destacando o trabalho de Parsons⁶, da Escola de Chicago e de outros pesquisadores. Em seguida, situamos a sociologia da saúde no cenário geral da sociologia, que a partir de 1970 sofre um processo de fragmentação com reflexos em todos os subcampos das ciências sociais. Esse processo é acompanhado de um repensar das questões teóricas num espectro ampliado de possibilidades. Destacamos a década de 80, quando se revigoram as questões teóricas da sociologia da saúde.

Em busca de um conhecimento interdisciplinar

A elaboração de um ensaio sobre a sociologia da saúde na vertente da sua formação teórica tem na interdisciplinaridade uma das suas principais noções. Consideramos que em sua concretude essa disciplina encontra-se na confluência de epistemologias particulares e envolve outro grau de complexidade – as relações não se limitam exclusivamente às coações entre campos

diversos, mas no interior de cada disciplina também estaria manifesto o caráter interdisciplinar.

Como escreve Piaget⁷ *Todo biólogo sabe muito bem que necessita conhecer química, física, e certos setores das matemáticas e sua preparação universitária tem em conta esta ordem hierárquica. Todo o químico sabe muito bem que sua disciplina é inconcebível sem a física e todo físico utiliza sem solução de continuidade, as matemáticas.* Quanto à sociologia, afirma que, *sem deixar de conservar seu objeto próprio – que é, portanto, a análise das estruturas totais em termos de regras, valores e signos – deve representar o modelo de uma ciência fecundada pelas investigações interdisciplinares.*

Igualmente, deparamos com uma segunda questão que subjaz à medicina e à sociologia, o denominado grau de articulação desses campos. Segundo Ellison⁸, *Tanto a medicina como a sociologia são campos de pesquisa caracterizados por um baixo grau de articulação.* Grau de articulação foi definido por Cornfield⁹ como sendo *a extensão em que os fenômenos com os quais o campo está interessado são potencialmente capazes de serem explicados e previstos em termos de um pequeno número de conceitos e constantes fundamentais.*

Estas questões são importantes quando abordamos um determinado campo de saber. Isto nos conduz a Foucault¹⁰ que, pela análise do discurso, procura desvendar a estrutura dos diversos saberes, num primeiro momento, e num outro, o das ciências. Isto porque estaríamos enfrentando saberes já consolidado (ciências) e outros em desenvolvimento. A medicina e a clínica se definiriam no âmbito de uma formação discursiva de não ciência, que não exclui a ciência, pois no caso da medicina clínica estabelece relações definidas com a fisiologia, a química, a microbiologia e deu lugar a discursos como o da anatomia patológica.

Interessante que no *Cecil Tratado de Medicina Interna*, que há mais de 75 anos é referência para o campo médico, encontra-se a seguinte passagem, a medicina é ... *uma profissão que incorpora a ciência e os métodos científicos com a arte de ser um médico¹¹.* Isto teria assegurado a esse campo o caráter tanto de uma prática técnica como a de uma prática social, ao passo que a sociologia, de forma prevalecte, se definiu como prática científica, que, segundo Bourdieu, na interpretação de Pinto¹², *é obrigada a desconstruir com seus meios aquilo que o mundo social constrói no real pela linguagem, desconstruir pela ciência construções socialmente eficazes e geralmente consideradas legítimas.*

Recentemente, Luz¹³ anota: *A produção das ciências sociais se faz no sentido da compreensão e interpretação dos fenômenos da vida, do adoecimento e da morte humanos em sua relação com a cultura, com a sociedade, com os outros (seres humanos): com o outro, em última instância. Seu paradigma não inclui, de forma alguma, a eficácia, que supõe a intervenção, o que é típico do pragmatismo das ciências ligadas à vida, isto é, de sua conservação, ou sua recuperação, como é o caso da medicina (ou das medicinas, para sermos mais rigorosos). E esse paradigma se exprime cientificamente, em linguagem específica, também diferindo da linguagem objetivante das ciências da vida, no sentido biológico do termo. Tem uma escritura (estrutura discursiva) adequada a sua epistemologia e formas de expressão e difusão de produtos científicos distintos dos da área biomédica.*

As duas sociologias médicas

A clássica divisão da sociologia médica em sociologia *na* medicina e sociologia *da* medicina, criada por Straus², propõe, a partir da sociologia, uma primeira aproximação e, até certo ponto, um acerto de contas com a questão teoria/aplicação. Straus escreve o seguinte: *Nós sugerimos que a sociologia da medicina está interessada em estudar fatores tais como a estrutura organizacional, as relações de papéis, sistemas de valores, rituais, e funções da medicina como um sistema de comportamento e que este tipo de atividade pode ser melhor exercido por pessoas trabalhando em posições independentes fora dos estabelecimentos médicos formais. Sociologia na medicina compreende pesquisa e ensino colaborativos frequentemente envolvendo a integração de conceitos, técnicas e pessoal de muitas disciplinas. Nós, além disso, sugerimos que estes dois tipos de sociologia médica tendem a ser incompatíveis; que o sociólogo da medicina pode perder objetividade caso se identifique muito intimamente com o ensino ou a pesquisa clínica, enquanto o sociólogo na medicina põe em risco um bom relacionamento se ele tenta estudar seus colegas.*

Cockerham¹⁴ apontou que a divisão eventualmente criou problemas. Para ele, sociólogos médicos filiados aos departamentos de sociologia estavam *em uma posição mais forte para produzir trabalho que satisfizesse sociólogos frente a uma 'good sociology'*. De outro lado, sociólogos nas instituições médicas tinham a vantagem de participar diretamente no campo das práticas médicas. As tensões entre os dois grupos não foram completamente resolvidas, mas foram

reduzidas, uma vez que as pesquisas se voltaram para aspectos relevantes para o pessoal da saúde e para os planejadores. Apontou uma *crescente convergência entre a sociologia médica e a sociologia como disciplina de base*, indicando que a divisão *na* e *da* sociologia médica está perdendo muito da sua dicotomia nos Estados Unidos e nunca esteve presente em outros países europeus. Essa caracterização pioneira, sem a conotação separatista e conflituosa, seria adotada mais tarde.

Retornando ao próprio criador das duas sociologias, vemos que ao comentar essa divisão, em 1999, escreveu: *Minha visão pessoal é que a distinção entre *da* e *na* tem tanto validade histórica como contemporânea, mas que hoje é inteiramente possível para os sociólogos-médicos ensinar ou pesquisar dentro da medicina ao mesmo tempo em que eles estudam aspectos da medicina. O sociólogo pode até desempenhar o papel de advogado do diabo, particularmente se o papel crítico é percebido como construtivo, objetivo, e não ruidosamente antagonista*¹⁵.

Gabe¹⁶ ao tratar do desenvolvimento da sociologia da saúde no Reino Unido, estabelece interessante relação entre a formulação de Straus e os níveis de análise de Turner¹⁷ individual, social e societário, que conformam diversas temáticas, como pode ser visto no Quadro 1.

Além dessas “duas sociologias” outras denominações foram usadas entre 1950-1970, como: “sociologia aplicada à medicina” ou “ciências sociais aplicadas à medicina” que muitas vezes, simplesmente, nomeavam uma disciplina no currículo médico, sem grandes referências ao arcabouço conceitual das disciplinas matrizes, como a sociologia, antropologia e ciência política. As suas origens se prendem a uma ciência aplicada que no dizer de Pollach¹⁸ obscurecem em suas práticas as próprias formulações em que se baseiam.

Somente no final de 1970 as denominações sociologia da saúde e sociologia da saúde e da doença seriam mais amplamente adotadas. Lembremos que o primeiro número do periódico *Sociology of Health and Illness*, editado pela British Sociological Association, data de junho de 1979.

Anos 70 – algumas formulações críticas à sociologia médica

Revisitando o campo encontramos que na década de 1970, Freeman et al.¹⁹ enfatizavam que a situação na sociologia médica era semelhante à de outros campos “aplicados” como a sociologia da educação, sociologia do direito, sociologia da

Quadro 1. Sociologia da saúde no Reino Unido.

	Nível individual	Nível social	Nível societário
Sociologia na Medicina/Saúde	comportamento na saúde	causas sociais das doenças	melhoria da efetividade e eficiência das políticas e iniciativas governamentais
	crenças leigas	epidemiologia social	construção de capital social na comunidade
	sistema leigo de referência	avaliação da efetividade do cuidado à saúde	
	aderência ao tratamento	efetividade e eficiência da gestão	
	apoio social e estresse/ perspectivas psico-sociais	promoção de saúde e educação	
		desigualdades sociais	
Sociologia da Medicina/Saúde	construção social das categorias de doenças	domínio, poder, rivalidade interprofissional	relações capitalismo/globalização/cuidados de saúde
	conhecimento médico	medicalização	movimentos sociais na saúde
	narrativas do self e identidade	perspectiva de conflito na relação leigo-profissional	construção social da comunidade via vigilância disciplinar governamental
	sociologia do corpo	gerenciamento como ideologia ou discurso	

Fonte: Adaptado de Gabe J¹⁶.

religião, etc. No comentário desses autores, a sociologia médica *Faz uso dos conceitos, teorias e métodos da sociologia para o estudo da saúde e da doença das pessoas, das relações e processos sociais dos indivíduos envolvidos na rede de relações e processos sociais dos indivíduos envolvidos na rede de relações dos ambientes médicos e o fornecimento e organização do cuidado médico.*

Somente na década seguinte é que se publicariam muitos estudos sobre as questões teóricas da sociologia da saúde. Como já apontamos, este tipo de abordagem envolve um grau crescente de complexidade na medida em que estamos trabalhando com um discurso em construção. Lembrando Foucault¹⁰ *as condições para que apareça um objeto de discurso, as condições históricas para*

que se possa ‘dizer qualquer coisa dele’ e várias pessoas possam dele dizer coisas diferentes, as condições para que ele se inscreva em um domínio de parentesco com outros objetos, para que possa estabelecer com eles relações de semelhança, de vizinhança, de afastamento, de diferença, de transformação – essas condições vê-se são numerosas e pesadas. O filósofo referia-se às análises de discursos que havia estudado detalhadamente em relação à loucura, à clínica e aos saberes das ciências humanas e que tiveram larga difusão e acolhida entre os pesquisadores brasileiros do campo da saúde.

Desde 1960, afluía uma visão crítica ao discurso que se elaborava no campo da sociologia médica, como a empreendida por Freidson^{3,4}. Se-

gundo Freidson, o subdesenvolvimento da sociologia médica devia-se ao desenvolvimento lento da sociologia no século 19 e que somente no século 20, com a realização de estudos empíricos, ocorre uma redefinição de antigos conceitos que conduziram ao enfoque de *áreas especiais de estudo* começando a *acumulação de informação e consciência de problemas que dão base a uma especialidade*⁴. Para o autor, a massa crítica para o desenvolvimento da especialidade, somente teria ocorrido nos anos 50. Assim mesmo, apesar dos avanços ocorridos até 1970, *é difícil discernir uma abordagem distintiva para a área, um conjunto limitado de conceitos estratégicos ao redor dos quais uma ordem completa de fenômenos possa ser ordenada*. A seguir, Freidson aponta que a *fraqueza da sociologia médica* devia-se ao fato que *parece peculiar aos sociólogos que trabalham no campo da medicina (incluindo a psiquiatria) uma excessiva dependência da abordagem dos profissionais no campo e uma nítida relutância em usar as abordagens da própria sociologia*. *Haveria assim uma orientação médica em lugar de uma orientação sociológica*. Dessa forma, argumenta que a *sociologia médica tem se focalizado sobre áreas que o profissional médico tem considerado problemáticas, adotando a concepção do que é problemático a partir da própria profissão sem levantar questões sobre a perspectiva da qual o problema é definido*. Embora assinalando que há exceções, Freidson reafirma que *a maioria do trabalho dos sociólogos no campo da saúde tem sido de orientação médica e médico-profissional do que especificamente sociológica e independente*.

Seguindo o caminho aberto por Freidson, outros estudiosos irão estabelecer críticas à sociologia médica. É o caso da pesquisa de Gold⁵ que documenta as limitações acadêmicas e políticas da sociologia médica devido a *suas relações com o campo mais poderoso da medicina* que a subordinaria. No caso, a autora explora as orientações dadas às pesquisas, levantando as publicações do *Journal of Health and Social Behavior* (JHSB), durante o período de 1960 a junho de 1976, e suas conclusões são semelhantes às apontadas por Freidson. Estes fatos conduziram a uma situação de empobrecimento teórico-conceitual do campo, como assinalado em Johnson²⁰, evidenciando o caráter ateorizante da disciplina, clamando para que se voltasse às fontes clássicas da sociologia.

Mas, como analisa Cockerham²¹, a “crise” de subordinação da sociologia à medicina que se anunciava nos anos 70 não se sustentou e a subdisciplina não se tornou um campo que *meramente fornecesse habilidades técnicas e serviços de*

pesquisa para apoiar a medicina e de tópicos que os médicos definissem como importantes.

Cockerham²², ao examinar a produção do JHSB diz que apesar da alta porcentagem de manuscritos rejeitados (85%), muitos dos principais textos no campo apareceram nessa revista. Em sua pesquisa de 171 artigos publicados de 1977-1981, somente 54 (31,6%) citavam os teóricos mais importantes da sociologia. Salienta que mesmo esta porcentagem era significativa considerando-se que a revista *tradicionalmente estava focada em publicar os resultados de estudos empíricos sobre assuntos da saúde*, especialmente sobre estresse. Destaca, ainda, que *a maioria dos achados visavam questões sociológicas em lugar de médicas*. Para ele, isto indicava que a sociologia médica havia alcançado um *estado de independência* ao analisar sociologicamente as situações de saúde.

Ao investigar mais recentemente o JHSB, período de 2002-2006, constata que de 156 artigos, 86 (55,1%) continham conteúdos teóricos (citando os teóricos e/ou testando um modelo teórico) e 57 (36,5%) particularizavam no texto o esquema de referência teórico ou o modelo utilizado²².

Sem dúvida, como o próprio Cocherham²¹ já assinalara, os anos 80 serão o que denomina de *período de maturidade* da sociologia médica. Podemos dizer que haviam sido superados muitos dos problemas apontados por Freidson⁴ tanto na adoção de uma atitude independente e imparcial ao estudar a instituição médica, evitando a ênfase da ciência médica sobre o processo biológico como estabelecendo uma orientação teórica para o estudo da profissão médica, dentro da *tradição analítica da sociologia do conhecimento*⁴.

Todos esses trabalhos problematizam a questão da teoria que, ao ser revisitada, revela novos desdobramentos.

Reverendo a crítica sobre o ateoricismo do campo

Como assinalamos, a perspectiva das “duas sociologias” atravessa a sociologia médica, mas até 1970 era muito comum a afirmação de que esse campo era ateórico. É surpreendente essa afirmação se considerarmos que muitos pesquisadores haviam produzido, a partir dos anos 50, importantes trabalhos de pesquisa teórica e empírica associados a um rico referencial conceitual das ciências sociais. De forma bastante sumariada bastaria lembrar algumas questões postas por alguns autores.

Parsons⁶ enfatizando o “papel de doente” e da doença como desvio que afeta o funciona-

mento eficiente do sistema social e que o papel da medicina é regular e controlar para que aqueles que estão doentes retornem às suas atividades e responsabilidades.

Merton et al.²³ criando o conceito de ‘papel modelo’, peça fundamental em seu estudo sobre o processo de socialização de estudantes de medicina, como também, o de *socialização antecipatória*²⁴, conceito elaborado em 1950, a partir de uma releitura de um estudo sobre soldados que haviam participado da 2ª Guerra Mundial²⁵.

Fox²⁶, do grupo pioneiro da sociologia médica, realizando uma pesquisa, provavelmente a primeira, como observadora participante de uma enfermaria de pacientes com problemas metabólicos, mas destacando-se nas pesquisas sobre o estudante de medicina, desenvolvendo a noção de “treinamento para a incerteza”²⁷.

Hollingshead e Redlich²⁸ pesquisando as relações entre classe social e doença mental, num primeiro encontro entre um sociólogo e um psiquiatra para o qual ambos traziam as experiências anteriores, respectivamente, com estudos sobre estratificação social e pacientes esquizofrênicos.

Strauss²⁹ que, desde 1950, havia realizado pesquisas em hospitais psiquiátricos e lançou com Glaser a “*grounded theory*”, criando conceitos importantes, como o de ‘ordem negociada’, fundamental em suas pesquisas posteriores, e realizando em 1961, com Becker et al.³⁰ uma notável investigação em uma escola médica que se tornaria referência dos estudos qualitativos.

Há muitos outros destacados cientistas sociais nesses anos iniciais, como Zola³¹, com pesquisas sobre as diferenças étnicas relacionadas aos sintomas, e Zborowski³² sobre a diversidade das reações à dor de acordo com características culturais. Além disso, data desse período a criação e/ou desenvolvimento de certas noções que se tornaram presentes, ou se reafirmaram no campo da sociologia médica/saúde. Já citamos algumas e acrescentamos: estigma e identidade social, desvios e comportamentos desviantes, comportamento na doença, autonomia profissional, trajetória, carreira, medicalização, experiência leiga na doença, etc.

Sem dúvida, a institucionalização do conhecimento irá ocorrer na medida em que há uma produção contínua e que se divulga através da criação do primeiro periódico destinado às ciências sociais e saúde, em 1960, o *Journal of Health and Human Behavior*, posteriormente denominado *Journal of Health and Social Behavior* e a criação da Seção de Sociologia Médica da American Sociological Association - ASA³³. Este avanço

vai se consolidando, quando em 1967 é criada, na Inglaterra, a revista *Social Science and Medicine*, e dois anos mais tarde o Grupo de Sociologia Médica.

O processo de institucionalização da sociologia médica nos Estados Unidos prossegue nos anos 70, coincidindo com o momento em que a sociologia naquele país passava por uma fase de grande crescimento em seu recrutamento, assim como no financiamento público. O orçamento triplica nos três primeiros anos da década, quando atinge 120 milhões de dólares por ano³⁴, mas os financiamentos caíram, certamente, como consequência da crise econômica que afetou os países industrializados, no que ficou conhecido como “desregulamentação do sistema monetário internacional” e dos “choques petrolíferos”, em 1973 e 1979 e que atingiu os mais diversos setores da sociedade. Os financiamentos voltaram a crescer nas décadas de 1990 e 2000. Dados sistematizados pela ASA³⁵ mostram que entre 1990 e 2003 os fundos para pesquisa e desenvolvimento para a sociologia dobraram seus valores, sendo que em 2005 esteve acima de US\$ 370 milhões, comparados aos US\$ 320 milhões destinados para economia e US\$ 314 milhões para a ciência política.

Do ponto de vista institucional, nos anos 70, a ASA – fundada em 1905 –, incluía mais de vinte comitês; com 14.387 membros em 1975³⁶. Atualmente é constituída por 51 seções e conta com cerca de 21.000 membros.

De outro lado, não podemos ignorar as características do conhecimento sociológico nesse momento de expansão. Como analisam Drysdale e Hoecker-Drysdale³⁷ *No início dos anos 70, período de maior ativismo estudantil e crescentes conflitos sociais, a sociologia estava se aproximando do zênite do seu mais rápido crescimento nos Estados Unidos como disciplina, profissão e tema acadêmico*. Essas questões não são exclusivas desse país. Costilla³⁸, ao analisar as características atuais da sociologia latino-americana, cita uma passagem do sociólogo francês Mattei Dogan (1920-2010) que reafirma o que vinha acontecendo com o campo mundial da sociologia. Dogan³⁹ escreve: *De 1970 em diante, o crescimento começou a ocorrer junto com um processo de fragmentação, com o resultado de ser a sociologia, hoje, nas democracias desenvolvidas, uma disciplina heterogênea e centrífuga. Dependendo da maneira como ela é definida, pode-se falar de 35 a 40 sociologias setoriais, indo em todas as direções: para a história, a economia, a política, o direito, a vida social, a indústria e a religião. Não há atividade social que não tenha seu sociólogo oficial, como*

a sociologia da educação, da família, da criminalidade, das comunicações, do lazer, da terceira idade, da medicina, das organizações - a lista é longa.

Não somente a fragmentação, mas a tensão entre o que havia sido apontado por Mills⁴⁰ da grande teoria, do empirismo abstrato e da análise social clássica ecoava fortemente no campo da sociologia. Dogan, ao retomar a ideia de fragmentação, cita Ralph Turner que assim descreve esse processo: *A sociologia passou de uma fase de ênfase na teoria, com poucas bases empíricas testáveis, para outra de empirismo antiteorista, e daí para uma outra fase, na qual a pesquisa é vista primordialmente em função de sua relevância para a grande teoria*³⁹. Costilla que trabalha com essas noções, lembra-nos que *Na verdade, nem tudo é tão unilateral e simples assim*³⁸, ao comentar que o pensamento social crítico na América Latina de caráter teórico não havia marginalizado a pesquisa empírica.

No caso do Brasil, *A Sociologia no Brasil, no período dos anos 60 e 70 para os anos 90, vivenciou uma passagem de análises macrossociológicas de crítica ao modelo econômico-social excludente do milagre e de crítica ao modelo autoritário para uma microsociologização dos estudos. Em grandes linhas, verificou-se uma evolução temática da Sociologia brasileira nos seguintes termos: de grandes interpretações macroestruturais do modelo econômico-político-cultural do regime anterior, passou-se para a análise dos agentes e características da transição democrática, seguida dos temas da democratização necessária, dos movimentos sociais e da estratégia de reativação da sociedade*⁴¹.

Apesar da crise e da fragmentação que ocorria, não podemos esquecer que a década de 70 produziu textos que se tornaram fundamentais para a sociologia, e seus autores, referências, bastando citar, por exemplo: Baudrillard, Gouldner, Poulantzas, Sennet, Goffman, Lyotard, Mafessoli, Giddens, Foucault, Poper, Leach, Collins, Bourdieu, Florestan Fernandes, Darcy Ribeiro, Otávio Ianni e muitos outros. Isso leva-nos a concordar com alguns analistas ao caracterizarem a crise da sociologia dos anos 70 como *um fenômeno complexo* que trazia em seu bojo os reflexos das questões levantadas pelos diversos movimentos sociais ocorridos na década de 1960⁴².

Destacamos que na América Latina, onde o desenvolvimento das ciências sociais em saúde é posterior ao norte-americano e canadense, apresentava desde 1970 pesquisas que traziam centradadas posições teóricas no trato de temas relacionados à medicina, ao corpo, à doença, ao ensino. Abordaremos alguns desses autores.

Juan César García, que iniciou sua produção em 1960, apresenta nos anos 70 alguns trabalhos cujas bases teóricas são derivadas do materialismo histórico na pesquisa da educação médica⁴³ e nas relações entre as ciências sociais e a medicina⁴⁴, analisando: a vinculação da medicina à estrutura social; a influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; a análise interna da produção de serviços médicos; a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico. Em 1989, ao fazer um balanço das correntes de pensamento em saúde que dividiu em idealistas e materialistas tece sérias restrições à fenomenologia atribuindo-lhe uma perspectiva reacionária. Para o autor as consequências das concepções fenomenológicas sobre as políticas de saúde podiam ser vistas na diminuição do papel do Estado e das grandes instituições médicas e avanço do setor privado; no reconhecimento da existência de formas alternativas de expressão, conhecimento e tratamento da doença e no papel positivo de estruturas mediadoras na saúde⁴⁵. Essa posição, como de outros estudiosos dentro da linha de pensamento marxista, receberia críticas, como a expressada por Burlandy e Bodstein⁴⁶. Para essas estudiosas [...] *podemos dizer que este campo científico [políticas de saúde] estruturou-se basicamente em torno da análise crítica e da denúncia contundente à ordem capitalista com sua racionalidade instrumental e, no caso específico, em oposição cerrada às políticas médico-sanitárias, ao sistema de saúde privado e assistencialista, ao conhecimento médico dominante, enfim ao processo de medicalização como um todo. Convém observar que através desse esquema explicativo, tanto o conhecimento médico-sanitário como as práticas e políticas de saúde são estruturalmente determinados e, portanto, compreendidos sem qualquer ambiguidade: reflexo ou consequência prevista da influência crescente do desenvolvimento do sistema capitalista. É exatamente essa perspectiva unilateral e reducionista, onde não se leva em conta a complexidade da sociedade moderna e a heterogeneidade crescente da vida social, que vem sendo criticada no âmbito das ciências sociais contemporâneas por autores como Castoriadis⁴⁷; Boudon⁴⁸; Giddens⁴⁹, entre outros.*

Voltando a outros estudos dos anos 70, anotamos os de Donnangelo^{50,51}, firmando em dois trabalhos posicionamentos teóricos sobre o mercado de trabalho médico e sobre as relações saúde/sociedade. Anteriores a essas pesquisas, Gandra⁵² apresentou uma tese sobre o a lepra, antecipando-se a muitos trabalhos que tratariam do processo de estigmatização de uma doença. Ain-

da nesse período, Arouca⁵³ desvendaria com base em Althusser e na 'história arqueológica' de Foucault o discurso da medicina preventiva. Também, com base nas formulações da arqueologia foucaultiana, Roberto Machado et al.⁵⁴ pesquisaram as origens da medicina social e da psiquiatria brasileiras. A partir de outra vertente teórica – a mertoniana – Ferreira-Santos⁵⁵ realiza a primeira pesquisa sobre a profissão da enfermagem no Brasil a partir das relações que se estabelecem em um hospital universitário.

O renascimento da questão teórica

De um modo geral, na literatura latino-americana, incluindo a brasileira, predominavam as macroanálises, o que não era estranho à sociologia médica norte-americana. Para Bloom³⁶ na sociologia médica dos anos 70 já estavam presentes as seguintes características: análise das instituições, dos sistemas sociais amplos, das organizações complexas; ênfase na ciência política e nas estruturas de poder.

De outro lado, é também nessa década que estamos frente ao que Corcuff⁵⁶ denominou as *novas sociologias* ao analisar a sociologia francesa onde se deparava não somente com o que já apontamos como *fragmentação*, mas a presença de *múltiplos paradigmas e referências teóricas, hiperespecialização dos subcampos disciplinares*, mas com novos arranjos e *convergências inéditas*, dentro do amplo espectro do *construcionismo social*.

Podemos dizer, de maneira genérica, que nos anos 80 assiste-se a um forte renascimento das discussões sobre as questões teóricas no campo da sociologia que se estenderam para a sociologia da saúde. Data de 1986 a apresentação de Jeffrey Alexander, na ANPOCS, intitulada *O novo movimento teórico*⁵⁷ analisando o que ele denomina um momento crucial da teoria sociológica, com o fim da fase pós-funcionalista. Para ele, *Contra a dominação do funcionalismo no pós-guerra empreenderam-se duas revoluções. Por um lado, surgiram escolas radicais e estimulantes de microteorização, acentuando o caráter contingente da ordem social e a centralidade da negociação individual. Por outro lado, desenvolveram-se vigorosas escolas de macroteorização, enfatizando o papel de estruturas coercitivas na determinação do comportamento individual e coletivo. Esses movimentos transformaram o debate geral e permearam os trabalhos empíricos de alcance médio. Ao mesmo tempo em que triunfavam, contudo, a autoconfiança e o impulso desses enfoques teóricos*

começavam a declinar. Essa é uma questão que será continuamente retomada não somente em relação à questão macro/micro, mas entre objetividade/subjetividade, materialidade/idealidade, coletividade/individualidade, denominados por Bendix e Berger⁵⁸ de *paired concepts*. Foram criticados por Corcuff⁵⁶ por conduzirem a pensamentos binários *desastrosos para a compreensão e a explicação de fenômenos sociais complexos*. Interessante a proposta do sociólogo aproximando os autores cujos percursos teóricos caminham das *estruturas sociais às interações* (Elias, Bourdieu e Giddens) e *aqueles que apesar de partirem dos indivíduos e de suas interações* consideram entidades mais amplas, como instituições, organizações, redes, normas, etc. (Berger e Luckmann, Cicourel, Latour, etc.). Nesta linha de demarcação temporal e teórica da sociologia, Luz et al.⁵⁹ apontam que a década de 70 foi *dominantemente estruturalista* e a de 80, *com oca das análises marxistas e funcionalistas e com a crescente dominância de estudos fenomenológicos e hermenêuticos, nitidamente acionalista nas ciências sociais*.

O que acontecia no campo geral da sociologia nesse momento irá se refletir praticamente em todos os seus campos disciplinares, como pode ser visto na sociologia da saúde.

Scambler⁶⁰ relata que ao publicar em 1987 *Sociological theory and medical sociology* *Eu repetia o que era um lamento muito comum, destacando que a sociologia médica permanecia maioritariamente distanciada do mainstream sociológico e da teoria social*. Acrescenta que com isso não afirmava que a *sociologia médica era meramente positivista* ou que *não tinha uma história de compromisso teórico reflexivo*. Ao analisar que essas afirmativas não seriam absolutamente verdadeiras, Scambler diz que parecia haver muito pouco interesse naquelas teorias que *variavam do macro – passando pelo meso – para o micro fenômeno no domínio da saúde*, ou seja, *teorias que relacionassem à ordem e à mudança social com os pensamentos e os comportamentos cotidianos*. Faltava *imaginação sociológica* no campo da sociologia médica. Falando a partir da sua inserção na universidade inglesa, relata que tinha sido *prontamente seduzido pela macro teoria e superexposto ao empiricismo abstrato*. De outro lado, reconhece que havia mais coisas acontecendo, especialmente nos departamentos de sociologia dos Estados Unidos, onde era *crescente o conhecimento e a aplicação na saúde de escolas de pensamento e perspectivas afora o funcionalismo e interacionismo, incluindo teoria dos sistemas, teoria crítica, teoria da escolha racional, etc.*. Assim, ao compa-

rar a coletânea organizada em 1987 e a de 2012 escreve que *Há clara evidência de maior reflexividade e de mais diálogos crescentemente mais sofisticados entre teorias sociais e sociológicas e 'especialistas' engajados em entender e/ou explicar comportamentos que circundam a saúde, a doença e o cuidado à saúde. Alguns desses diálogos são explicitamente teóricos, outros implicitamente*⁶⁰. Na primeira coletânea aparecem Marx, Durkheim, Parsons, Foucault, Freud, Goffman, Habermas, Weber e Offe; na segunda, reaparecem Foucault e Habermas na companhia de Baumann, Luhmann, Bourdieu, Merleau-Ponty, Wallerstein, Archer, Deleuze e Guattari e Castells.

Outra perspectiva para o estudo das questões teóricas é agrupar os autores em escolas de pensamento sociológico e suas interfaces com a medicina/saúde. Em 1991, o *Current Sociology*, periódico oficial da ISA, publicou o trabalho de Kevin White⁶¹, no qual o autor escolheu o que ele chama *quatro escolas representativas da sociologia da medicina* que, segundo ele, *provavelmente, são as que têm tido maior influência na definição e objetivos do campo*. Essas escolas são: a parsoniana, a marxista, a feminista e a foucaultiana/fleckiana. Para o autor *a perspectiva parsoniana mostra como a profissão médica atua para controlar o desvio, a marxista associa suas análises ao capitalismo, a feminista com o patriarcalismo, a foucaultiana com o desenvolvimento da sociedade moderna e a abordagem fleckiana, argumentando que nosso conhecimento do mundo é dado por paradigmas, pois eles são produtos de estilos de pensamentos*. White escreve que *A proposição que confere unidade a essas teorias é que os seres humanos agem, em vez de se comportarem*. Mais ainda, elas evidenciam que *o que parece como natural é de fato o produto da interação social*. Interessante deste trabalho é que o autor revisa estas correntes teóricas no plano de uma sociologia do conhecimento que *ênfatiza as formas pelas quais a natureza é socialmente produzida, e as formas pelas quais as demandas para entender a natureza são um processo político e social*.

Alguns anos depois, Ellen Annandale⁶², da Universidade de York, Inglaterra, adiantava que passada a onda dos “*textbooks*” dos anos 70, 80 e início dos anos 90 era necessário, frente às próprias mudanças no campo sociológico, especialmente na teoria, e pelas demandas de pesquisas no momento em que ocorriam transformações no fornecimento de cuidado à saúde, *reconsiderar os temas estabelecidos na disciplina e lançar novas áreas para o debate*. Embora dentro de perspectivas diferentes de White, a autora retoma os

teóricos já citados. Para ela, dois temas orientam a trajetória da sua *introdução crítica* à sociologia da saúde & medicina: 1. *como entender a desigualdade em um clima intelectual e político que cada vez mais enfatiza a morte da classe social, desloca as fronteiras de gênero e 'raça' e no qual emergem novas formas de divisão social*; 2. *a alegação de que estamos alcançando, ou já alcançamos, o 'fim da modernidade' e tentamos teorizar uma nova ordem*. Na perspectiva da autora, a agenda dos anos 70 que se colocava para a sociologia médica era a de *liberar o entendimento contemporâneo da saúde e da medicina da camisa de forçado modelo biomédico* numa perspectiva que se orientava para a economia política. Nesse momento, *a abordagem 'macro' da economia política e a 'micro' perspectiva do interacionismo simbólico começam uma luta pesada por estabelecer uma posição no interior da disciplina*. Nesse ponto situa as profundas diferenças que marcam as duas abordagens, por exemplo, comparando os trabalhos de Navarro e McKinlay e os de Strauss e Goffman, acrescentando que *há pontes que atravessam essas divisões*. Exemplifica com Waitzkin⁶³ que associa a *micro-política do cuidado à saúde* e o trabalho de alguns interacionistas simbólicos. Para Annandale⁶², o interacionismo buscou ampliar sua abordagem ao elaborar uma interface com o campo mais amplo das políticas de saúde, de um lado, e de outro, procurando *resolver o viés cognitivo* na perspectiva da sociologia das emoções. Sendo uma abordagem em construção, especialmente no campo da saúde e da doença, segundo alguns autores *pode conciliar a divisão mente-corpo e outros dualismos, tais como a divisão entre macro e micro, que tem caracterizado a pesquisa*. Imediatamente, a autora aponta que os debates teóricos não somente *repudiavam virtualmente tudo o que vinha antes deles*, mas que *abordagens teóricas recentes pareciam estilhaçar a ortodoxia de uma forma sem precedentes*. Lembra que num mundo pós-moderno não há uma única ‘verdade’, mas múltiplas ‘verdades’ e que embora seja *inapropriado rotular a obra de Foucault como pós-moderna*, ela trouxe importantes influências nos pós-modernistas. Considera, ainda, que nessa perspectiva, o foco de atenção volta-se para o ‘*corpo*’ em lugar do ‘*sujeito*’ individual. Aborda também o *desafio feminista* dividindo-o em quatro correntes: liberal, radical, pós-moderna e materialista, anotando que muitas vezes os esquemas de referência procedentes desta abordagem são mais implícitos do que explícitos.

Ao recuperarmos as análises anteriores, concordamos com os autores que assinalam que a

partir dos anos 80 as discussões da sociologia da saúde atingem outro patamar frente a sua institucionalização e produção não somente nos Estados Unidos e Inglaterra, mas na Alemanha, França, Canadá e América Latina.

Particularizando o caso brasileiro ilustramos com apenas três exemplos, embora a literatura seja bastante ampla. Na análise do campo e das abordagens teóricas clássicas advindas de Marx, Durkheim e Weber em estudos empíricos, Pereira⁶⁴ realiza extensa revisão sobre a *explicação sociológica* no campo da saúde; Minayo⁶⁵ não somente revisita todo o campo das ciências sociais em saúde, mas amplia a perspectiva metodológica da pesquisa qualitativa para *compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais*; Nunes⁶⁶ configura o campo das ciências sociais em saúde na América Latina com base em diversas fontes bibliográficas e situa as contribuições trazidas pelos cientistas latino-americanos ao campo da sociologia, antropologia, economia e psicologia social, além de delinear as aproximações das ciências sociais com algumas temáticas: epidemiologia, mortalidade infantil, planejamento em saúde, ensino.

A partir dessa década e nas que se seguiram abriu-se um largo espectro temático⁶⁷⁻⁶⁹ e de interlocução com quadros teóricos e metodológicos em um arco de possibilidades que incluem as *teorias clássicas* e os *teóricos modernos*. Nesse sentido, os nossos *caminhos do pensamento* seguem, com as características peculiares às ciências sociais brasileiras, o *mainstream* da sociologia da saúde internacional.

Considerações Finais

Em maio de 2003, Scambler et al.⁷⁰ no Editorial do primeiro número da revista *Social Theory & Health* diziam que ela tinha sido concebida como um veículo para, no mínimo, três tarefas: *apoiar, estimular e alimentar a dialética entre a teoria e a pesquisa no campo da saúde e do cuidado à saúde, encorajar e disseminar contribuições inovadoras [...] e lançar novas luzes sobre as estruturas nacional, global e local pelas lentes da saúde*. Acrescentavam que os objetivos iam além da teoria social e da sociologia médica, procurando integrar os mais diversos campos do conhecimento, as *disciplinas vizinhas*.

Sem dúvida, dito de outra maneira recupera a ideia que baliza as nossas reflexões sobre a teoria – um caminho a ser palmilhado pelas trilhas da interdisciplinaridade. Não é outra a perspectiva recente do historiador canadense Chad Gaffield que defendeu a centralidade das ciências humanas⁷¹. Ao se referir às *múltiplas epistemologias*, acentua as *colaborações interdisciplinares de filósofos com biólogos, engenheiros e artistas para interpretar as dimensões éticas, legais e estéticas das tecnologias biomédicas; geógrafos em conjunto com demógrafos e economistas repensando políticas públicas para a agricultura; empresários identificando questões críticas a serem pesquisadas por estudiosos do desenvolvimento sustentável*.

Acreditamos que a construção teórica é convergente e se realiza a partir de encontros interdisciplinares, elaborando *uma estrutura conceitual que pode ser usada para interpretar casos empíricos específicos*¹. Sem dúvida, a diversidade temática da saúde é um campo fértil para essa construção, possibilitando a criatividade científica onde temáticas particulares de cada país (por ex. cidadania, direito à saúde, práticas alternativas e complementares, bioética, medicalização, etc.) articulam-se ao campo maior das construções teóricas sem barreiras geográficas.

O presente estudo é parte do Projeto história da sociologia da saúde, bolsa de produtividade IA, CNPq.

Referências

- Giddens A, Turner JH. Introduction. In: Giddens A, Turner J, organizadores. *Teoria social hoje*. São Paulo: Editora UNESP; 1999. p. 7-11.
- Straus R. The nature and status of medical sociology. *Am Soc Rev* 1957; 22(2):200-204.
- Freidson E. The sociology of medicine. *Current Sociology* 1962; 11(3):123-140.
- Freidson E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Co.; 1970.
- Gold M. A crisis of identity: the case of medical sociology. *J Health Soc Behav*. 1977; 18:160-168.
- Parsons T. *The social system*. Glencoe: The Free Press; 1951.
- Piaget J. Los dos problemas principales de la epistemología de las ciencias del hombre. In: Piaget J, editor. *Epistemología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Proteo; 1972. p. 169-196.
- Ellinson J. Methods of sociomedical research. In: Freeman, Levine S, Reader LG, editors. *Handbook of medical sociology*. New York: Prentice Hall; 1972.
- Cornfield J. Principles of research. *Am J Ment Defic* 1959; 64(2):240-252.
- Foucault M. *A arqueologia do saber*. Petrópolis: Vozes; 1972.
- Panda SC. Medicine: Science or art. *Mens Sana Monogr* 2006; 4(1):127-138.
- Pinto L. *Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social*. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 2000.
- Luz MT. Especificidade das contribuições dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. *Saude Soc* 2011; 20(1):22-31.
- Cockerham WC. *Medical sociology*. 7th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1978.
- Straus R. Medical sociology: a personal fifty year perspective. *J Health Soc Behav* 1999; 40(2):103-110.
- Gabe J. The sociology of health in UK. 2012. [Internet]. [acessado 2014 fev 22]. Disponível em: http://fcm.unicamp.br/.../sociology_of_health_in_UK
- Turner BS. *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage; 1995.
- Pollach JC. *La médecine du capital*. Paris: François Maspero; 1972.
- Freeman HE, Levine S, Reeder LG. Present status of medical sociology. In: Freeman HE, Levine S, Reeder LG, editors. *Handbook of medical sociology*. Englewood: Prentice-Hall; 1963. p.484-488.
- Johnson ML. Medical sociology and sociological theory. *Soc Sci Med* 1975; 9(4/5):227-232.
- Cockerham WC. Medical sociology at the millennium. In: Scambler G, editor. *Medical sociology: major themes in health and social welfare*. London: Routledge; 2005. p. 55-77.
- Cockerham WC. A note on the fate of postmodern theory and its failure to meet the basic requirements for success un medical sociology. *Soc Theor Health* 2007; 5(4):285-296.
- Merton RK, Reader G, Kendall PL. *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press; 1957.
- Merton RK, Kitt AS. Contributions to the theory of reference group behavior. In: Merton RK, Lazarsfeld PF, editors. *Continuities in Social Research: Studies in the scope and method of The American Soldier*. Glencoe: Free Press; 1950. p. 40-105.
- Dubar C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Tradução de Anette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto R. Lamas. Porto: Porto Editora; 1997.
- Fox RC. *Experiment perilous: physicians and patients facing the unknown*. Philadelphia: University Press; 1974.
- Fox RC. *The sociology of medicine: a participant observer's view*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989.
- Hollingshead AB, Redlich FC. *Social class and mental illness: a community study*. New York: John Wiley & Sons; 1958.
- Strauss A. *Espelhos e máscaras: a busca da identidade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.
- Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss A. *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: The University of Chicago Press; 1961.
- Zola IK. Culture and symptoms. In: Cox C, Mead A, editors. *A sociology of medical practice*. London: Collier, MacMillan; 1975.
- Zborowski M. Cultural components in responses to pain. *J Soc Issues* 1952; 8(4):16-30.
- Nunes ED. A Section of Medical Sociology da American Sociological Association completa cinquenta anos e o Journal of Health and Social Behavior comemora. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos* 2013; 20(1):327-331.
- Cuin C-H, Gresle F. *História da sociologia*. São Paulo: Ensaio; 1994.
- American Sociological Association (ASA). *The health of sociology: Statistical Facts Sheet, 2007*. [Internet]. [acessado 2014 fev 22]. Disponível em: <http://www.asanet.org/images/research/docs/pdf/Health%20of%20Sociology%202007.pdf>.
- Bloom SW. *The word as a scapel: a history of Medical Sociology*. Nova York: Oxford University Press; 2002.
- Drysdale JP, Hoecker-Drysdale S. The history of sociology: the North American perspective. In: Bryant CD, Peck DL, editores. *21st century sociology: a reference handbook*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007. (Vols. 1-2)
- Costilla LO. O novo na sociologia latino-americana. *Sociologias* 2005; 7(14):244-273.
- Dogan M. Fragmentação das ciências sociais e recombinação de especialidades. *Soc Est* 1996; 11(1): 89-116.
- Mills WC. *A imaginação sociológica*. 2^a Ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1969.
- Liedke Filho ED. A Sociologia no Brasil: história, teorias e desafios. *Sociologias* 2005; 7(14):376-437.
- Alves PC. A teoria sociológica contemporânea da superdeterminação pela teoria à historicidade. *Soc. Estado* 2010; 25(1):15-31.
- García JC. *La educación médica en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1972.

44. García JC. As ciências sociais em medicina. In: Nunes ED, organizador. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989. p. 51-67.
45. García JC. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes ED, organizador. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989. p. 68-99.
46. Burlandy L, Bodstein R. Política e Saúde Coletiva: Reflexão sobre a Produção Científica (1976-1992). *Cad Saude Publica* 1998; 14(3):543-554.
47. Castoriadis C. *A instituição imaginária da sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
48. Boudon R. *Tratado de sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1995.
49. Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
50. Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
51. Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
52. Gandra Júnior DS. *A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1970.
53. Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp); 1975.
54. Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
55. Ferreira-Santos CA. *A enfermagem como profissão*. São Paulo: Livraria Pioneira, Edusp; 1973.
56. Corcuff P. *As novas sociologias: construções da realidade social*. Bauru: EDUSC; 2001.
57. Alexander J. O novo movimento teórico. *Rev. bras. ciênc. soc.* 1987; 2(4):6-28.
58. Bendix R, Berger B. Images of society and problems of concept formation in sociology. In: Gross L, editor. *Symposium on sociological theory*. Nova York: Harper and Row Publishers; 1959.
59. Luz MT, Sabino C, Mattos RS. A ciência como cultura do mundo contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio) ciências e a construção midiática do imaginário social. *Sociologias* 2013; 15(32):256-284.
60. Scambler G. Introduction. In: Scambler G, editor. *Contemporary theorists for medical sociology*. London: Routledge; 2012. p. 1-6.
61. White K. The sociology of health and illness. *Current Sociology* 1991; 39(2):1-133.
62. Annandale E. *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. Cambridge: Polity Press; 1998.
63. Waitzkin H. *The politics of medical encounters*. New Haven: Yale University Press; 1991.
64. Pereira JCM. *A explicação sociológica na medicina social*. São Paulo: Editora Unesp; 2006.
65. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.
66. Nunes ED. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília (DF): OPAS; 1985.
67. Canesqui AM. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):1955-1966.
68. Luz MT, Mattos RS. Dimensões qualitativas na produção científica, tecnológica e na inovação em saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):1945-1953.
69. Minayo MCS. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. *Saúde e Sociedade* 2013; 22(1):21-31.
70. Scambler G, Higgs P, Levinson R. Editorial. *Soc Theor Health* 2003; 1(1):1-3.
71. Haag C. A arca humana num dilúvio de dados. *Pesquisa FAPESP* 2013; 208:75-77.

Artigo apresentado em 30/05/2013

Aprovado em 30/06/2013

Versão final apresentada em 23/07/2013