

# **Titulo: Perfil e contribuições das Ciências Humanas e Sociais no Campo da Saúde Coletiva: Pesquisa, Ensino e Extensão – foco nos Programas de Pós-Graduação (Capes)**

## **EQUIPE DE PESQUISA**

### **Coordenador**

Leny Trad – ISC/UFBA – <http://lattes.cnpq.br/3830422995776137>

### **Eixo Institucionalização**

Maria Helena Magalhães de Mendonça – ENSP/FIOCRUZ – <http://lattes.cnpq.br/3661902213680122>

Sandra Noemi Cucurullo de Caponi – PPGSP/UFSC - <http://lattes.cnpq.br/2467216114324122>

### **Eixo Pesquisa**

Kenneth Rochel de Camargo Junior – IMS/UERJ - <http://lattes.cnpq.br/3585073727110885>

Roseni Pinheiro - IMS/UERJ - <http://lattes.cnpq.br/5840346413537531>

Daniela Riva Knauth – DEPMSOC/UFRGS - <http://lattes.cnpq.br/6297361141719296>

Tatiana Engel Gerhardt – PPGCOL/UFRGS - <http://lattes.cnpq.br/4413703146913514>

Damiana Paula Coelho Carvalho – Mda PPGCOL/UFRGS - <http://lattes.cnpq.br/7870482109702977>

### **Eixo ensino**

Nelson Filice de Barros – Departamento. de Saúde Coletiva/FCM - UNICAMP-  
<http://lattes.cnpq.br/8959248979572637>

Mara Helena de Andrea Gomes - UNIFESP-EPM - <http://lattes.cnpq.br/3533859151215382>

Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos – ISC/UFBA - <http://lattes.cnpq.br/2362003480109394>

### **Eixo Extensão**

Clarice Santos Mota – ISC/UFBA - <http://lattes.cnpq.br/0237744521147975>

Luís Eduardo Batista - Instituto de Saúde Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde -  
<http://lattes.cnpq.br/5499687259979018>

**Apoio: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco**

## **I - PROBLEMA DE PESQUISA**

Em 2010 a UNESCO publicou um relatório no qual destaca a importância das ciências sociais e aponta para o seguinte paradoxo: “as ciências sociais estão presentes em toda parte, mas, de forma visível, em nenhuma”. O texto chama a atenção para os múltiplos contextos de atuação dos cientistas sociais ao redor do mundo, a exemplo das universidades, organizações não governamentais (ONGs), partidos políticos, sindicatos, etc. O principal objetivo do relatório consistiu em analisar as contribuições, limites e desafios inerentes aos processos de difusão das ciências sociais, seja através do ensino, da produção bibliográfica ou da comunicação mais ampla com a sociedade, bem como, à sua presença e influência nos círculos do poder.

O interesse da presente proposta de pesquisa volta-se especificamente para a situação mais recente da área de Ciências Humanas e Sociais em Saúde nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (conforme classificação de área da Capes). Esta questão se refletiu no centro dos debates do V Congresso da área, realizado em São Paulo, cujo tema central foi “O lugar das ciências sociais e humanas na saúde coletiva” (Trad, 2012). O enunciado teve a intenção de colocar em relevo a extensão e especificidade da atuação de docentes e pesquisadores da área e suas contribuições para o avanço da saúde coletiva e compreensão/transformação da realidade sócio-sanitária brasileira.

Detendo-se, por exemplo, no âmbito da pesquisa e da produção de conhecimento, é notável o papel das Ciências Humanas e Sociais em Saúde na construção e/ou refinamento de conceitos-chave e modelos analíticos capazes de descrever e interpretar a realidade social e o conjunto de fenômenos, considerando dimensões micro e macro-sociais e suas respectivas imbricações.

Tal como assinalou Birman (2005), a introdução das Ciências Humanas no campo da Saúde Coletiva produziu uma reestruturação das coordenadas desse campo. Na medida em que foram destacadas as dimensões simbólicas, ética e política do objeto saúde, se relativizou o discurso biológico. O autor coloca em relevo o reconhecimento do papel mediador da linguagem e da historicidade na compreensão do objeto saúde, uma vez que coloca em relevo “as relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e lingüística” (Birman, 2005, p.13)

O segmento das Ciências Humanas e Sociais em saúde compõe, ao lado da Epidemiologia e da área de Política, Planejamento e Gestão, a matriz constitutiva da saúde coletiva de uma matriz original, que já não expressa a realidade de hoje. Uma geografia disciplinar que comporta um amplo leque de referências epistemológicas e operacionais. Madel Luz (2009) chama a atenção, na análise da trajetória de desenvolvimento da Saúde Coletiva, para algumas conseqüências decorrentes da passagem de “um modelo *salubrista* polidisciplinar para uma estrutura discursiva semi-aberta, com inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos”. Seu texto ressalta, particularmente, a complexificação das práticas e formas de intervenção social experimentada pelo campo ao longo das últimas décadas. A autora salienta o caráter irreversível da complexidade (instaurada pelas inter-relações existentes entre aquelas matrizes) e da consequente irredutibilidade do campo da saúde coletiva a um paradigma monodisciplinar – seja ele proveniente do campo biológico, do campo das ciências humanas e sociais, das tecnologias em avanço na área das ciências aplicadas à saúde ou do planejamento e da gestão governamental.

Everardo Nunes (2005), ao traçar um panorama histórico e epistemológico da constituição da área de Saúde Coletiva como campo acadêmico e político no Brasil, também destaca a interdisciplinaridade, como característica inerente ao campo, e chama especial atenção para as interconexões entre academia e os diversos níveis da burocracia estatal. O que, segundo ele, confere ao campo uma face bastante peculiar em nosso país.

Tendo em vista o foco do estudo pretendido, interessa ressaltar as peculiaridades e desafios que marcam o processo de inserção/integração das Ciências Humanas e Sociais no campo da saúde coletiva, tendo em vista traços identitários de um e outro domínio, conferida pelos seus respectivos atores e práticas sociais. Convém, por um lado, mapear os sujeitos, práticas e modos de produção específicos que conformam o espectro relativamente amplo e difuso desta área. E por outro, cabe investigar e refletir acerca dos limites, dilemas e possibilidades das interlocuções que se processam no interior do campo e na relação com os demais eixos disciplinares que sustentam o projeto interdisciplinar fundante da saúde coletiva.

Em efeito, quando nos referimos às “Ciências Humanas e Sociais em Saúde”, falamos de um campo interdisciplinar de práticas científicas e técnicas que integra, entre outros, especialistas, aprendizes e simpatizantes das teorias e métodos das ciências sociais. Se, por um lado, a nomenclatura ciências sociais e humanas já aponta para incorporação de um leque ampliado de disciplinas (sociologia, antropologia, psicologia,

história, etc.) e de profissionais com formação básica nessas áreas/disciplinas, por outro lado, um conjunto significativo de pesquisadores que atuam nessa área, possuem formação graduada em cursos de saúde: enfermagem, medicina, odontologia, entre outros. Essa configuração reforça a pluralidade de trajetórias e perspectivas presente na área.

Os esforços para traçar um perfil da área de Ciências Sociais e assinalar suas contribuições ao campo da saúde coletiva – na esfera da produção científica e práticas de ensino, na esfera das políticas públicas, ou ainda no delineamento e enfrentamento de desafios epistemológicos e políticos presentes nesse campo – resultaram em publicações memoráveis sobre o tema. Destacam-se aqui os estudos realizados por Everardo Nunes (2003, 2006), Ana Maria Canesqui (2007, 2010), Maria Cecília Minayo (2010) e Madel Luz (2011), entre outros.

Cabe assinalar que a produção acumulada sobre o tema concentra-se na análise da realidade da área até a década de 1990, a exceção da produção científica, a qual foi alvo de pesquisas mais recentes. Além disso, constata-se que são mais rarefeitos dados referentes à dimensão político-institucional e às atividades de extensão universitária desenvolvidas por docentes e pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais em Saúde (CHSS). Neste sentido, partiremos do estoque de conhecimento acumulado sobre o tema, procurando atualizar (situação a partir de 2000) e expandir os dados e reflexões aí apresentados, considerando as lacunas observadas. De forma mais específica, pretende-se desenvolver um estudo que retrate o cenário mais recente da inserção e produção das CHSS no interior dos programas de pós-graduação em saúde Coletiva.

Vale notar que nos últimos anos houve um crescimento exponencial do número de programas de pós-graduação em saúde coletiva credenciados pela Capes. Além disso, são observadas reengenharias na composição, processo de trabalho e produção em muitos destes programas. Mudanças que, certamente, redefinem as coordenadas do campo da saúde coletiva e de seus sub-campos. Destaca-se a emergência de programas fora do contorno da matriz original, focados em um dos sub-campos e estabelecendo um desequilíbrio e competição em razão de formas diferenciadas de produção e divulgação do conhecimento.

Por fim, convém esclarecer que o presente projeto reúne um conjunto de pesquisadores vinculados a diferentes programas de pós-graduação em saúde coletiva e que a maioria da equipe é integrante da atual Comissão de Ciências Humanas e Sociais da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco.

## **II – OBJETIVOS**

O projeto contempla **dois objetivos centrais** e, relativamente, ambiciosos. O primeiro consiste na realização de uma espécie de censo da área que reúna dados relativos à presença e expressão da área de CHSS nos programas de pós-graduação em saúde coletiva e precise a situação específica de inserção e atuação dos profissionais das CHSS, adotando como recorte temporal o período 2000-2013. Este componente abrange as seguintes questões: Quantas e quais são as linhas de pesquisa e disciplinas de graduação e pós-graduação em CHSS presentes nos programas de pós-graduação da área de saúde coletiva? Quantos e quem são (nome, perfil de formação etc.) os docentes e pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais em Saúde que atuam nos programas? Que tipo de vínculo possuem com os respectivos programas? O que fazem (pesquisa; ensino; extensão)?

O segundo objetivo volta-se para uma apreensão mais aprofundada de caráter epistemológico, que contemple o perfilamento de enfoques e abordagens teórico-metodológicos, especificidades nos modos de produção e produtos. Espera-se também capturar peculiaridades e desafios que permeiam as relações entre os pares. Não podemos desconsiderar o conjunto de mediações entre as disciplinas que compõem o campo da saúde coletiva, que abrange dimensões de natureza teórica, política, social e cultural associadas a uma ampla gama de agentes institucionais (docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado etc.), portadores de discursos, normas e práticas peculiares (Madel, 2005). Apresenta-se a seguir os objetivos detalhados.

### **Objetivo Geral I**

Traçar o perfil da área das Ciências Humanas e Sociais em Saúde (CHSS) no âmbito dos programas de Pós-Graduação credenciados pela Capes na área de Saúde Coletiva visando quantificar e tipificar os docentes e pesquisadores, linhas de pesquisas e atividades de ensino e extensão da área (período 2000-2013).

### **Específicos:**

1. Precisar o quantitativo de docentes e pesquisadores das CHSS inseridos nos programas de PG em SC, identificando o (s) vínculo (s) institucional (ais), situação de credenciamento e perfil de formação dos profissionais;

2. Descrever programas/núcleos e/ou linhas de pesquisa dos programas de PG em SC vinculadas à área das CHSS;
3. Elencar e analisar as disciplinas de graduação e pós-graduação em CHSS e outras atividades das estruturas curriculares dos programas de PG em SC integradas à matriz das CSHS;
4. Identificar e analisar projetos e/ou ações extensionistas presentes nos programas de PG em SC que contemple contribuições das CSHS (docentes/enfoques) em sua estruturação e desenvolvimento.

### **Objetivo Geral II**

Desenvolver uma análise aprofundada das práticas discursivas e modos de produção de docentes/pesquisadores de Ciências Humanas Sociais na Saúde vinculados aos programas de PG em SC, mapeando os enfoques adotados e os principais desafios na sua atuação em ensino, pesquisa e extensão.

### **Específicos:**

1. Identificar e analisar o modo como os pesquisadores das CSHS fundamentam pesquisas desenvolvidas no âmbito da PG em SC, apresentando problemas de investigação e alicerçando seus desenvolvimentos teórico-metodológicos.
2. Identificar tendências temáticas e metodológicas na literatura científica na área, bem como, a presença ou não de padrões de citação
3. Analisar a topografia intelectual e epistemológica do campo, seguindo os conceitos de arena transepistêmica e de culturas epistêmicas (Knorr-Cetina, 1982 e 1999)
4. Analisar as práticas discursivas do ensino, pesquisa e extensão nas CSHS, com base no conceito de *enactment* (Mol, 2002)

### III- ESTADO DA ARTE

Tecemos a seguir, um breve estado da arte do objeto de estudo, contemplando as quatro dimensões contempladas na presente proposta: institucionalização, pesquisa, ensino e extensão.

Ana Maria Canesqui (2007) traça a trajetória da **institucionalização** das Ciências Sociais em Saúde<sup>1</sup> no Brasil em uma obra que cobre três décadas (1965–1995), período crucial no desenvolvimento das ciências sociais relacionadas à saúde e no acúmulo de experiências e informações sobre a atuação dos cientistas sociais na área do pensamento social em saúde. A autora situa os primórdios desse processo na segunda metade da década de 1960, em conjunção com a expansão do ensino superior e com a reforma universitária de 1968. Destaca-se aqui a educação médica, que incluiu as ciências sociais em seus currículos. Durante o período estudado, contudo, amplia-se a inclusão na formação de outros profissionais de saúde do campo biomédico.

Na década de 1970, conforme Canesqui (2007), a principal fonte de articulação entre ciências sociais e saúde ocorre no âmbito das instituições de pesquisa e ensino de Saúde Pública, Medicina Social e Saúde Coletiva, já na década de 1970, estimulada pelo fortalecimento e expansão da pós-graduação e da pesquisa em C&T. A criação dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva em conjuntura de mudança nas políticas e instituições de saúde vigentes interage fortemente com a produção de conhecimento e valores de um pensamento crítico sobre o modo de produção capitalista e as formas de organização social e sanitária.

Traçando um paralelo entre a realidade brasileira e norteamericana, a partir dos dados de Norman (2011), constata-se que a primeira geração de pesquisadores de ciências sociais da educação médica chegou às escolas médicas norte-americanas nos anos de 1950 e, embora o autor não faça esta relação, acreditamos serem os mesmos que iniciaram o ensino das ciências sociais e do comportamento na medicina. Esta primeira geração foi formada por diferentes categorias profissionais das ciências exatas e humanas, vindos para as escolas médicas logo após a conclusão de seus cursos de pós-graduação e, em geral, carentes de muitos conhecimentos. Para Norman (2011), eles iniciaram seus trabalhos de ensino e pesquisa de maneira empírica e, essencialmente, aprenderam o ofício no trabalho. Podem ser comparados à primeira geração de

---

<sup>1</sup> Cabe notar que a inclusão do termo “Humanas” nos congressos e na Comissão da Abrasco só ocorre a partir de 2004, após consenso construído em um simpósio da área na UERJ.

imigrantes, que muitas vezes chega a outro país e vê suas habilidades e competências tornarem-se irrelevantes frente ao novo contexto sociocultural.

Analogamente, porém com intervalo de uma década, os primeiros cientistas sociais na área da saúde no Brasil foram profissionais que iniciaram seus trabalhos em escolas médicas na segunda metade dos anos de 1960. Tiveram em comum com os cientistas sociais norte-americanos ao menos duas características: o empreendedorismo, pois lhes coube criar interfaces inexistentes entre disciplinas bastante apartadas; e a forte filiação ao pensamento das ciências sociais, que lhes obrigou análises de temas da saúde orientadas pela história e epistemologia das matrizes sociológicas. Pode-se afirmar que essa geração fundou as Ciências Sociais em Saúde no Brasil, alicerçou boa parte dos debates do campo sanitário brasileiro e somou-se aos profissionais da saúde para constituir a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Sistema Único de Saúde; além de terem co-construído a concepção de um sistema nacional de saúde para o país.

A segunda geração, segundo Norman (2011), foi constituída por profissionais com doutoramento em campos como da psicologia e sociologia, que orientaram suas carreiras para o ensino na área da saúde, usualmente durante a pós-graduação. Os profissionais dessa geração chegaram ao campo da saúde no início dos anos de 1980 tendo desenvolvido suas pesquisas de campo em escolas médicas, trabalhando com diferentes dimensões da clínica. Esta geração pode ser comparada aos filhos daqueles primeiro imigrantes, que pertencem a ambos os países e podem se comunicar bem com a velha e com a nova língua. Além disso, cria um espaço de interculturalidade formado na interseção entre a cultura da família de origem e a local em que vivem.

No Brasil, a segunda geração de cientistas sociais e/ou da área mais ampla de humanidades chega ao campo da saúde no fim dos anos de 1980 e início de 1990, sobretudo envolvida com o desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e métodos, para o funcionamento e o gerenciamento do Sistema Único de Saúde. Esta geração de cientistas sociais chega às escolas médicas após a realização de suas dissertações e teses em programas de pós-graduação das ciências exatas ou humanas, mas com trabalho de campo ambientado na saúde. Desta forma, iniciam seus trabalhos após a criação jurídico-política do SUS, em 1988, e voltam suas práticas de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento do sistema nacional de saúde brasileiro. Com isso, foi trazido para o campo da saúde uma importante sofisticação na pesquisa, com métodos e técnicas de coleta e análise de dados de diferentes tradições.



A terceira geração nos Estados Unidos é de profissionais da saúde, das ciências naturais e ciências humanas formados em programas de pós-graduação na área da saúde, como mostraram os dados da pesquisa de Peters e Litva (2006). Grande parte das escolas médicas dos EUA que recebeu a primeira geração agora oferece programas de pós-graduação com mestrado e doutorado. Os alunos destes programas fazem os estudos de graduação nas carreiras que escolheram e em seguida mudam para a área da saúde para serem orientados por profissionais da primeira e segunda geração, agora em novas carreiras aplicadas à saúde. Durante sua formação na saúde, os pós-graduandos referem-se pouco frequentemente à “disciplina mãe”, as ciências sociais, e não buscam identidade naquela cultura original, pois agem como netos de imigrantes que não continuam os símbolos, valores e hábitos da primeira geração.

A terceira geração no Brasil é formada por profissionais que ingressaram no campo da saúde em torno de dez anos após a instituição do SUS e tem participado da tarefa de refletir sobre o gerenciamento político, simbólico, técnico e econômico do Sistema. Como nos Estados Unidos, tem sua formação de pós-graduação diretamente no campo da saúde e buscam construir sua identidade neste campo, conflitando com as referências originais das ciências sociais.

Neste sentido, o alerta que Norman (2011) dirige à última geração de cientistas sociais que atua na saúde nos Estados Unidos, também se aplica à terceira geração no Brasil. O autor enfatiza a necessidade de atentar para as perdas que a “naturalização” no campo da saúde pode causar, não apenas em termos da incorporação de novas metodologias ou diferentes conceitos, mas precisamente pela perda da diversidade teórica.

Seguindo à trajetória de construção do campo, encontramos em Canesqui (2007) que a consolidação do ensino e pesquisa das ciências sociais em saúde se faz concomitantemente a organização das associações que se somaram ao esforço de institucionalização do setor, como a Abrasco (1979) e o Cebes (1976), a criação de revistas especializadas, o aperfeiçoamento e regularidade dos congressos. O amadurecimento da área forja um novo perfil dos intelectuais que escolheram a área da saúde (ou a ela se converteram) e mescla os pioneiros do ensino dos profissionais de saúde e da pesquisa, cientistas sociais e pesquisadores que contribuíram para a consolidação e expansão desta área de conhecimento e um conjunto de pesquisadores formados por esse campo.

Antecedendo a sistematização desse conhecimento, Canesqui (1997) organiza os principais trabalhos apresentados no I Congresso de Ciências Sociais e Saúde em 1995, em que se destaca a reflexão sobre o campo de conhecimento; a política de saúde; ciências sociais e serviços de saúde; cidade e saúde. Nesta coletânea, Rezende de Carvalho (1997) trata da institucionalização das pesquisas ou estudos sociais em saúde dedicados aos problemas e práticas sociais em saúde, qualificando essas pesquisas sociais como portadoras de uma perspectiva intervencionista devido a sua forte aliança com os movimentos reformadores sanitários.

Essa associação é tratada por Santos (2003) quando analisa o pensamento sanitarista na primeira República que dá sustentação aos debates sobre a construção da nacionalidade. Rezende de Carvalho (1997) o processo de redemocratização abre novas possibilidades de interpretação sobre as relações Estado e Sociedade e portanto de novas trocas entre o segmento das Ciências Sociais e da saúde Coletiva.

Canesqui (2007) também chama atenção para as possibilidades de ampliação e aprofundamento temático dos aportes teórico metodológicos das Ciências Sociais e Políticas com o maior envolvimento desse segmento com as instituições e políticas de saúde na década de 1990 em resposta as necessidades de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas e suas relações com usuários e profissionais de saúde. Adentra-se aqui na esfera da extensão universitária, o qual inclui, segundo Mendonça e Giovanella (2007), a contribuição na formação de especialista, a qual deve oferecer um domínio global do tema considerando-se o conjunto de questões que caracterizam a política de saúde enquanto pública, para além da sua formulação política, sua viabilidade financeira e econômica, sua implementação e controle público.

Curiosamente, o trabalho de Marsiglia et al (2003), apontou que a tendência no período entre 1990 e 2002 foi de que profissionais da saúde buscassem pós-graduação em programas fora do campo da saúde e, ainda, que apenas uma pequena parcela de estudantes de ciências sociais desenvolvessem suas pesquisas sobre temas da saúde. Marsiglia et al (2003).

No que se refere à institucionalização das ciências sociais e saúde, os dados coletados por Canesqui (2007) indicam mudanças no perfil das atividades, do recrutamento e da incorporação destes profissionais. No período inicial de 1964 a 1969, apenas 6% dos profissionais inseriam-se na área como docente-pesquisador, enquanto na década de 1970, 26,5% são absorvidos durante a expansão do ensino, atuando como

docentes–pesquisadores. Na década seguinte, apenas 19,0% são incorporados, demonstrando maior dificuldade de absorção destes profissionais.

Na década de 1990, ganha força a formação de grupos de pesquisa, certificados ou não pelo CNPq, ao qual o pesquisador se ligou com vínculos formais tênues e provisórios, num contexto de redução do quadro permanente das universidades e centros de pesquisa, mas que amplia suas ações na pesquisa e formação pela incorporação de discentes graduandos e pós-graduandos. Com a política restritiva de reposição de quadros, a inserção de pesquisadores oriundos das ciências humanas tende a diminuir, apesar da consolidação da área. Neste sentido é fundamental atualizar os dados sobre as instituições de ensino e pesquisa da Saúde Coletiva e conhecer melhor o processo de inclusão dos pesquisadores-docentes.

No âmbito da pesquisa e da produção científica, é no final do século XX, particularmente na década de 90, que as Ciências Sociais ganham mais espaço e visibilidade na Saúde Coletiva no Brasil. Isto é verdade especialmente para a área da Antropologia, pois na área de Sociologia encontramos importantes trabalhos já nas décadas de 70 e 80. Esta consolidação pode ser percebida pela maior procura por referenciais teóricos da área, como é o caso, por exemplo, da literatura de gênero e da literatura sobre representações sociais (aplicadas às representações sobre saúde e doença) e ainda pelo crescente interesse por metodologias qualitativas aplicadas à saúde.

Na atualidade encontramos um cenário de grande diversificação de temas e linhas de pesquisa, assim como, nas (re) configurações de seus recortes disciplinares. Temas ou objetos mais consolidados convivem com a emergência incessante de novos objetos; são mais raros os trabalhos que refletem as divisões disciplinares mais rígidas, outrora mais expressivos (estudos históricos, sociológicos, antropológicos etc.), ao tempo que proliferam projetos pretensamente interdisciplinares (Trad, 2012). Nota-se ainda que, progressivamente, o pesquisador individual, deu lugar ao grupo de pesquisa. Hoje, os grupos mais fechados ou auto-referidos, cedem espaço as redes de pesquisa.

As redefinições em torno de escopo temático ou as novas ênfases em determinadas perspectivas teórico-metodológicas, refletem por sua vez, a tendência à especialização das ciências sociais em saúde, sinalizada desde o final da década de noventa (Canesqui, 1998) e que implicou em uma maior especificação de objetos de estudos e demarcação de perspectivas epistemológicas, teóricas etc.

No que concerne aos temas privilegiados, o trabalho publicado por Nunes (2006) revelou que em meados da década de noventa, 29% dos profissionais da área de ciências

sociais, informaram trabalhar com gênero e saúde. A mesma pesquisa registrou 33,8% para Racionalidade e práticas em medicina(s) e saúde, contra 46,02 % em Estudos sociais da ciência e da técnica. A pesquisa de Canesqui que perfilou a produção das CHSS no período de 1997 a 2007, considerando a publicação em periódicos de sete revistas brasileiras de Saúde Coletiva/Saúde Pública, encontrou a seguinte distribuição temática: políticas e instituições de saúde (32,5%), saúde e doença (18,5%), gênero e saúde (16,5%), violência e saúde (9,0%), velhice e envelhecimento (7,0%), recursos humanos, profissões e formação (7,5%), estudos sociais das ciências e das técnicas (5,0%) e educação e comunicação em saúde (4,0%).

O perfil dos grupos temáticos presentes no V Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (abril de 2011, São Paulo) e o resultado global da produção, revelam a que área reúne hoje um contingente substantivo de grupos de pesquisa consolidados ao lado de outros, que emergiram em centros acadêmicos dentro ou fora do eixo Rio-São Paulo; são indicadores de ampliação do grau de institucionalização e capilaridade regional da área (Trad, 2012). Em contrapartida, evidencia-se o risco de atomização da pesquisa na área e a necessidade de reequilibrar a relação macro-micro na definição de objetos e enfoques teórico-metodológicos. (id ibidem).

Sobre o ensino nas instituições da área, Canesqui (2007) assinala que as primeiras experiências estiveram muito ligadas aos conteúdos de linha funcionalista de influência norte-americana, sendo substituídas posteriormente pelo pensamento hegemônico marxista-estruturalista nos anos 1970 e 1980, cuja abordagem macroestrutural privilegiou a análise da política e intervenção do Estado, os determinantes do processo saúde e doença e da prática médica em detrimento do plano microanalítico.

De acordo com Nunes (1985), em 1982 foi realizada, na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo a *Primeira Reunião Nacional sobre o Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva*. Nela o autor apresentou os resultados da pesquisa que realizou nas 70 escolas médicas existentes no Brasil em 1980. Do total, 44 escolas enviaram informações, com as quais Nunes (1985) concluiu sobre diferentes aspectos que:

“o ecletismo é bastante grande e os temas podem abranger a apresentação de assuntos tais como: migração, metodologia de pesquisa, políticas de saúde, etnocentrismo e relativismo cultural, coletividade e comunidade, interação social, sistemas de saúde, medicina não convencional, o médico como agente de mudança, problemas de saúde pública, e muitos outros.

A filiação [dos docentes] pode ser junto a departamentos de Psiquiatria, Medicina Preventiva, Medicina Social, não sendo incomum à Saúde Coletiva.

Do total de 45 docentes que ministram os temas de ciências sociais, 35 são médicos. 6 são sociólogos, 1 é antropólogo e 3 de outras formações (assistente social, farmacêutico e dentista).

Um ponto importante na avaliação do ensino foi o das dificuldades: a) interesse dos alunos – razoável na média geral; b) material bibliográfico – insuficiente; c) carga horária – insuficiente; d) série em que é ministrada a matéria – não houve consenso, para uns inadequada, mas para outros é satisfatória ou adequada; e) coordenação e integração com outras disciplinas ou temas – não existe ou é precária e difícil; f) aceitação da escola – pequena; g) aceitação dos alunos razoável.

Além desses problemas, alguns apontam “autodidatismo dos professores”, “dificuldades em estabelecer trabalho prático”, “resistência à incorporação de profissionais não médicos” e “elevado número de alunos em cada turma” (Nunes, 1985: 445-46).

Em 2000 o Grupo de Estudos de Saúde e Sociedade (GESS), coordenado pelo professor Everardo Nunes, no então Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp produziu a revisão da literatura publicada com o título “*O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências*”, em 2003 (Nunes, et al 2003). Para aquele trabalho, foram realizadas buscas em diferentes bases de referências no período de 1980 a 2000 e selecionamos 21 artigos para análise. Após sistematizar os objetivos, técnicas de ensino e conteúdos de cada artigo, conclui-se que:

- o ensino continua tendo um papel fundamental na reprodução do conhecimento das ciências sociais em saúde;
- embora persistam diferenças entre as várias experiências pedagógicas, o ensino das ciências sociais tem procurado estabelecer uma interação entre os conhecimentos biomédicos e sociomédicos;
- em sua grande maioria, as experiências de ensino situam-se nos anos pré-clínicos;
- em relação aos objetivos, observa-se que há uma preocupação em aplicar os aportes teóricos das ciências sociais a diferentes situações, tanto na clínica quanto na comunidade;
- em relação aos conteúdos, percebe-se uma grande dispersão temática que se estende desde o ensino de conceitos básicos de ciências sociais a assuntos específicos da área da saúde; para fins analíticos os classificamos nos seguintes grupos temáticos: comportamento pessoal, comportamento interpessoal, comportamento do médico, comunidade e meio ambiente, organização do cuidado à saúde, organização e estratificação social, políticas de saúde, ética e bioética e diversos;

- persistem as aulas expositivas, mas tem ocorrido uma crescente adoção dos métodos ativos de ensino em pequenos grupos, assim como atividades de pesquisa e entrevistas;
- salienta-se a importância da adoção de recursos audiovisuais, especialmente filmes.

Em recente revisão sistemática da literatura sobre o ensino das ciências sociais no campo da saúde (Barros, 2013) observa-se que boa parte dos resultados obtidos por Nunes (1985), no início da década de 1980, continua sendo debatido na literatura nacional e internacional.

Seguindo na linha dos desafios para o desenvolvimento do ensino das ciências sociais no campo da saúde, destacam-se outros dois aspectos referidos por Weiss (2007): os cientistas sociais devem conferir clareza conceitual e organizacional ao analisar as fronteiras entre os campos da saúde e das humanidades; necessidade de diversificação de técnicas e métodos visando maximizar a perspectiva social do processo de saúde-doença-cuidado.

A esfera da extensão universitária ou cooperação técnica, conforme mencionado, foi pouco explorada nos estudos que perfilarão a produção da área de CHSS, o que constitui, sem dúvida, uma lacuna a ser superada. É possível identificar diferentes funções de cientistas sociais dentro e fora dos limites acadêmicos. Inserem-se aqui participação em processos de formação/treinamento de quadros, atividades de consultorias com os serviços de saúde, atuação direta dentro agências da administração pública; trabalho de advocacy junto a instituições não governamentais, movimentos sociais etc.; transmissão do conhecimento ao público geral. Se recuperarmos a trajetória de construção da reforma sanitária brasileira, podemos identificar claramente as contribuições das CS. O papel relevante das ciências sociais humanas se expressa também na agenda contemporânea das políticas do Sistema Único de Saúde: integralidade, humanização, programas com enfoque familiar, práticas integrativas de saúde, políticas de drogas, etc. jogar na esfera pública,

No caso da sociologia, os debates em torno da relação entre a pesquisa social, prática e política de interesse público políticas, assim como no meio a teoria positiva e a teoria normativa, estiveram presentes durante toda a sua história, passando pelos seus precursores como St Simon e Comte, depois Weber e a Durkheim. É imprescindível valorizar e estimular a incorporação dos cientistas sociais na formulação da agenda das

políticas públicas de saúde, bem como, em processos de monitoramento e avaliação, para os quais os aportes das ciências humanas e sociais são indispensáveis.

Mesmo reconhecendo, tal como salientado no relatório da UNESCO (2010), que é difícil precisar em que medida o grande número de cientistas sociais nos corredores do poder realmente influencia a qualidade das decisões tomadas por governos, partidos, etc. Cabe, considerar, por certo, o risco de que, uma vez cooptados pela máquina estatal (Smith, 1997) os cientistas sociais percam seu potencial crítico e autonomia intelectual. É imperativo reconhecer que o modo de atuação ou o papel desempenhado pelos pesquisadores desta área, não é, necessariamente, na militância política. E mesmo pode ser distinto daquele desempenhado pelos atores do campo, inserido mais diretamente com a área de planejamento de gestão. Embora, em alguns casos encontremos o perfil anfíbio/híbrido. Convém lembrar, que Ciências sociais, como nenhuma outra ciência, não é um formulário do ativismo político, mas um ofício científico que constrói um tipo do conhecimento que é simultaneamente empírico e crítico (UNESCO, 2009).

Realizando outra breve incursão pelo cenário internacional, destaca-se o trabalho de Montagner (2008) que discute o potencial e dificuldades da posição de interface das ciências sociais na saúde, porém pela via de um estudo comparativo da sociologia médica na França e no Brasil. Por meio de exemplares de publicações das ciências sociais aplicadas à saúde francesa e brasileira, o autor produz um discernimento sobre as características historicamente construídas para a abordagem da chamada sociologia da saúde nos dois países. Segundo o autor, apoiado em Herlizch (1985), a sociologia francesa jamais atingiu o ambiente médico e permaneceu teórica, ao passo que no Brasil ocorreu o inverso, isto é, a sociologia foi incorporada aos departamentos de escolas médicas como estratégia de introdução de ciências do comportamento na educação médica. O autor aprofunda sua análise sobre o núcleo da formação da sociologia médica, ciências sociais aplicadas à saúde e sociologia da saúde, no Brasil e na França, e conclui que elas têm um longo caminho nas diferentes sociedades, pois “se a saúde pública é relativa à saúde do povo, então há muito mais coisas envolvidas além da medicina”.

Os trabalhos de Briceño-Léon et al (2003) e Castro (2003) também exploram a história das ciências sociais no campo da saúde em seus países de origem, respectivamente, Venezuela e México. Castro (2003) desenvolve uma análise retrospectiva até alcançar os anos de 1970, mostrando que aquele momento de ditaduras militares em vários países da América do Sul fez com que vários cientistas sociais

migrassem para o México, o que resultou em uma influência importante para o desenvolvimento de abordagens de antropologia médica, medicina social e sociologia da saúde pública. O autor aprofunda o desenvolvimento de cada uma delas para construir evidências sobre o que era a produção dessa área nos anos de 1990, no México, em relação às abordagens teóricas, metodológicas e temáticas desenvolvidas (saúde reprodutiva, violências contra mulheres, subjetividade e saúde; política e utilização de serviços de saúde). Castro conclui chamando atenção para o arrefecimento dos debates sociais na saúde, nos anos de 1980 e 90 no México, apontando duas direções explicativas: ou a nova geração de pesquisadores avançou em relação às ortodoxias e paroquialismos teóricos; ou nesses anos abandonou-se o espírito de discussão e intercâmbio de idéias.

#### **IV - MARCO TEÓRICO**

Apresenta-se a seguir as bases do arcabouço teórico da pesquisa, ressaltando que o refinamento ou aprofundamento do quadro teórico, constitui uma das tarefas que se levará a cabo na fase inicial do projeto. Destacam-se de imediato três conceitos/categorias que se revelam especialmente afinadas com a perspectiva pretendida no estudo: *arenas transepistêmicas*, *enactment* (termo de difícil tradução para o português (algo como atuar, interpretar ou representar, mas no sentido do que atores fazem no palco) e *interdisciplinaridade*.

Karen Knorr-Cetina (1989), partindo de uma abordagem crítica dos conceitos de comunidade científica de Kuhn e de campo científico de Bourdieu, propõe o conceito de arenas transepistêmicas, nas quais estariam presentes tanto dimensões “científicas” quanto “políticas”. Nesta perspectiva, o campo científico é constituído por uma diversidade de pessoas e argumentos, não apenas os cientistas, pois inclui financiadores, fornecedores, administradores, editores etc. Na interação entre esses vários agentes, que podem ser relações de conflito ou cooperação, as atividades científicas são realizadas.

Numa perspectiva construtivista, a autora propõe pensar a prática científica como "construções contextualmente específicas que têm como característica a situação contingente e a estrutura de interesse do processo pela qual foram geradas " (Knorr-Cetina , 1981, 5). Sendo assim, torna-se imperativo pensar os produtos científicos tendo em vista seu contexto de produção e fabricação. Adicionalmente, em trabalho posterior (1999), propõe que diferentes tradições disciplinares produzem culturas epistêmicas



distintas, com diferentes repercussões sobre processos de formulação de problemas e soluções de controvérsias. Nesse sentido, a comunidade científica não pode ser vista como uma unidade organizacional, um bloco monolítico, pois guarda suas divergências e relações de competitividade.

Dada a inerente interdisciplinaridade (ao menos) das CSHS esses conceitos nos parecem adequados como ponto de partida para o estudo tanto dos processos de institucionalização, quanto de produção de conhecimento no seu âmbito. Uma vez delimitado esse escopo, é possível ainda delinear como construtos são produzidos por práticas (mesmo que discursivas), mais do que teorias.

Quanto ao conceito de *enactment*, que pode ser traduzido como atuar, interpretar ou representar, consiste em uma proposição de Annemarie Mol (2002), afinada com a perspectiva da filosofia empírica de Bruno Latour. Ao enfatizar a perspectiva da filosofia empírica, Latour pretende pensar a ciência tal como ela acontece, como ela é produzida, priorizando a dimensão prática. Observando, por exemplo, o cotidiano de trabalho em um laboratório a partir do olhar etnográfico, o autor busca mostrar como a ordem científica é criada "em um processo no qual o observador é tão construtor de fatos quanto o cientista observado. Não há diferença de status epistemológico entre a construção dos fatos pelo cientista e o relato do processo" (HOCHMAN, 1994, 17)

Com base nesta perspectiva, Mol busca deslocar a centralidade da consciência e valorizar os gestos, os cenários, os objetos, a prática em si. Trata-se de uma realidade produzida, feita, construída na prática a partir do trabalho dos cientistas que atuam na área. Consequentemente, não há sínteses definitivas e sim fluxos contínuos e fronteiras permeáveis. Pensando no campo das CSHS, destaca-se o caráter da fluidez, na medida em que é permanentemente construído nas práticas, no modo de fazer e atuar dentro do campo. A exemplo disso, a construção de categorias tradicionais das CSHS – raça, gênero, classe – são *enacted* em diversas práticas de pesquisa, no sentido de que são construídas e manipuladas na atuação dentro do campo. Um congresso da área, por exemplo, pode ser pensado nessa perspectiva, como um espaço de manipulação de objetos epistêmicos, que serão rerepresentados à comunidade científica numa espécie de reencenação (Silva; Camargo Júnior, 2012).

Neste ponto, é interessante situar as interfaces entre três campos que se interpenetram claramente ao situar o presente objeto de pesquisa. A partir dos conceitos de práxis, campo, rupturas epistemológicas, Barros e Spadacio (2011) propõe uma

representação gráfica, que explicita a interface das ciências sociais aplicadas à saúde, entre as Ciências Sociais e Humanas e as Ciências da Saúde.



Fonte: Barros e Sapadacio (2011)

Os autores exploram as contradições entre um campo do conhecimento que pretende alcançar "a todos os povos, a todos os tempos", por meio de um diálogo que promova a construção de sentidos universalizantes, e outro campo que "consome" conhecimento, para intervir e controlar a vida individual e coletiva, também em sentido universalizante.

No que tange a categoria analítica Interdisciplinariedade, caberia realizar uma análise mais aprofundada em torno das diferentes concepções e perspectivas teóricas que tratam do tema. De imediato, sublinhamos um posicionamento epistemológico apoiado na afirmação de Gaudencio Frigoto (2001) de *que a produção e a socialização do conhecimento no campo das ciências sociais e no campo educativo [e aqui aplicamos o seu imperativo no campo da saúde] exige um caráter necessariamente de um trabalho interdisciplinar (2008:43). Ou seja, este trabalho, que se desenvolve no seu bojo, não decorre de uma arbitrariedade racional e abstrata, mas decorre da própria forma do homem produzir-se enquanto ser social e enquanto sujeito e objeto do conhecimento social.*

Frigoto (2001) ressalta ainda a importância do trabalho interdisciplinar para o *alcance de uma maior objetividade (sempre relativa, porque histórica), somente se atinge pelo intercâmbio crítico intersubjetivo dos sujeitos que investigam um determinado objeto ou problemática (p.43).*

Tal proposição remete à visão gramsciana sobre a idéia de interdisciplinariedade, que não pode ser reduzida à somatória ou à justaposição de diferentes disciplinas, mas sua potência formativa de relacionalidade entre as dimensões de ordem política, sociocultural, econômica e tecnológica.

Os princípios esboçados são coerentes com a pretensão de analisar de forma mais aprofundada, não somente o papel dos intelectuais no campo da saúde coletiva, aqui representado pelo “cientista social”, mas o seu modo de trabalho, necessariamente interdisciplinar, na produção do conhecimento nesse campo.

Nesse sentido a interdisciplinariedade, como categoria analítica neste projeto, apresenta os atributos habilitadores para manejar as dimensões propostas da institucionalização, pesquisa, extensão e cooperação, de modo a compreender a praxis do cientista social no campo da saúde coletiva.

Trata-se, também, de perceber o imaginário simbólico de uma sociedade complexa como a nossa, cujo avançado processo de civilização tecnológica, vem no cotidiano dos atores em suas práticas nas instituições de saúde, ensino e pesquisa cotidianamente impondo desafios sobre a necessária (re)conciliação entre ética e técnica. No campo da saúde coletiva, estes desafios nos exigem o alargamento da nossa mentalidade acerca da produção do processo saúde-doença-cuidado.

## **V- METODOLOGIA**

O desenho de estudo se define pela combinação de técnicas quantitativas e qualitativas de coleta de dados, procurando apreender níveis distintos de análise. Serão adotadas, portanto, estratégias extensivas de caráter quantitativo, contemplando uma amostra mais ampla da população alvo, com estratégias intensivas, dirigida a uma amostra tipificada.

Com base nos dois objetivos (gerais) do estudo, o processo de coleta e a produção dos dados serão estruturados tendo como referência duas unidades centrais de análise: 1) os programas de pós-graduação em saúde coletiva (CAPES); 2) os docentes e pesquisadores da área de Ciências Humanas Sociais em Saúde que estão vinculados aos programas. Os procedimentos e estratégias que se descreve a seguir privilegiam uma ou outra das unidades de análise referidas, produzindo, oportunamente, numa perspectiva dialética, certo deslizamento e articulações entre elas.

## 5.1. Estratégias metodológicas relacionadas com o objetivo geral I

As estratégias que se apresentam abaixo visam responder as questões associadas ao objetivo geral 1. A saber: Quantas e quais são as linhas de pesquisa e disciplinas de graduação e pós-graduação em CHSS presentes nos programas de pós-graduação da área de saúde coletiva? Quantos e quem são (nome, perfil de formação etc.) os docentes e pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais em Saúde que atuam nos programas? Que tipo de vínculo possuem com os respectivos programas? O que fazem (pesquisa; ensino; extensão)?

- Aplicação de questionário com questões predominantemente fechadas que pretende traçar um perfil mais amplo dos atores que vem atuando/produzindo na área. Este instrumento terá como população-alvo os participantes do VI Congresso de Ciências Humanas e Sociais em Saúde-Abrasco (UERJ, nov. 2013). O questionário será enviado por email a todos os inscritos no congresso. Posteriormente, serão enviados alguns lembretes visando garantir uma taxa de resposta que garanta uma amostra representativa do universo pesquisado. Como já foi referido, o universo a ser pesquisado restringe-se aos programas de pós-graduação em saúde coletiva e, podemos antever que entre os participantes do congresso da área haverá muitos profissionais não pertencentes aos programas, nem mesmo em condições periféricas. Contudo, considera-se que o perfil a ser gerado por este instrumento oferecerá um contraponto à realidade encontrada no interior dos programas. Na aplicação deste instrumento contaremos com o apoio da Secretária Executiva da Abrasco e de profissionais da GAP, empresa responsável pela logística do evento.
- Consulta aos cadernos de avaliação da CAPES (o que houver disponível a partir de 2000) da área saúde coletiva, contendo descrição de docentes, linhas de pesquisa, produção técnica etc. dos programas de pós-graduação;
- Aplicação de questionário com questões fechadas e abertas contendo itens relacionados com institucionalização, pesquisa, ensino e extensão na área de Ciências Humanas e Sociais, a ser respondido por coordenadores e/ou ex-coordenadores dos programas de Pós-Graduação credenciados pela Capes na área de Saúde Coletiva.

- Aplicação de questionário com questões fechadas e abertas contendo itens relacionados com institucionalização, pesquisa, ensino e extensão dirigido a docentes e pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais vinculados aos programas de Pós-Graduação credenciados pela Capes na área de Saúde Coletiva.

Após a coleta, será criado um banco de dados com o auxílio do *software* SPSS, as informações serão armazenadas e submetidas a tratamento. Preliminarmente, realizar-se-á uma análise descritiva dos dados obtidos para cada variável do estudo e, na fase posterior, realizar-se-á cruzamento entre estas variáveis. As tabelas e gráficos serão construídas no programa Microsoft Excel, a partir dos resultados do programa de análise de dados.

## **5.2. Estratégias metodológicas relacionadas com o objetivo geral II**

Neste tópico serão descritas as estratégias alinhadas com o objetivo de desenvolver uma análise aprofundada das práticas discursivas e modos de produção de docentes/pesquisadores de Ciências Humanas Sociais na Saúde vinculados aos programas de PG em SC, mapeando os enfoques adotados e os principais desafios na sua atuação em ensino, pesquisa e extensão.

- Realização de pesquisa sobre produção bibliográfica da área de CHSS (*scoping review*) 1998-2013– (Levac et al., 2010): será feita a busca em bases de dados de publicação (SCOPUS, SciELO, Web of Science) de artigos com base em dois critérios de busca: por um lado, com base em palavras-chave e por outro por autores. Nos dois casos, tanto a definição das palavras-chave quanto dos autores que serão buscados serão definidas nas etapas anteriores. O corpus de literatura formado será analisado com vistas a reconstruir as principais temáticas e vertentes teóricas e metodológicas adotadas na área. Adicionalmente, buscaremos analisar as citações de autores, visando identificar possíveis padrões de associação entre diversos grupos de pesquisa. Também serão apontados contribuições e lacunas da produção analisada.
- Entrevistas semi-estruturadas em profundidade com informantes-chave, Pretende-se contemplar pesquisadores da área de CSS abrangendo diferentes gerações, formações disciplinares; pertença institucional e regional.

- Criação de fóruns de discussão (na web), que contará com a moderação de membros da pesquisa, abordando as questões centrais abordadas pelo estudo. Espera-se através dos fóruns envolver um universo ampliado dos que respondeu os questionários estruturados pretendem Estima-se a realização de um total de quatro fóruns, com tempo pré-estabelecido de duração.
- Análise documental – a partir do resgate de acervos que contem a história de construção da área: anais de congressos, fotos, reportagens etc.

Na análise dos dados qualitativos será adotado o programa MAXQDA, indicado para análise quali. Oportunamente, será efetuada a triangulação das informações geradas pelas diferentes fontes. Ressalta-se ainda que o projeto será submetido ao Conselho de ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA até 30/08/2013.

### **5.3. Processo de trabalho da equipe de Pesquisa**

O projeto será sediado no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, instituição a qual se vincula a proponente. Contudo, a equipe de pesquisa reúne profissionais que estão lotados em diferentes instituições (ISC/UFBA, UERJ, ENSP/FIOCRUZ, UNIFESP, UNICAMP, UFSC, UFRGS e Instituto de Saúde de São Paulo). Para promover a comunicação entre os membros da equipe de pesquisa, viabilizando o compartilhamento de informações e a articulação/integração dos processos e produtos inerentes à pesquisa serão adotadas as seguintes estratégias:

1. Criação de um grupo no Yahoo ou Gmail reunindo os membros da equipe. Esta ferramenta permite criar espaço para troca de mensagens relativas a um assunto específico ou para reunir um grupo de interesse comum em listas de discussão;
2. Realização de reuniões sistemáticas através de teleconferência (sediada no ISC/UFBA);
3. Criação de pasta no Dropbox para armazenamento e compartilhamento de bibliografia e textos produzidos pela equipe;
4. Realização de oficinas presenciais que contará com a participação de todos os pesquisadores da área. Estão previstas três oficinas contemplando, respectivamente, os seguintes objetivos: construção de consenso sobre estratégias e instrumentos de coleta de dados Planejamento das atividades de coleta; discussão modelo de análise dos dados: quantitativos e qualitativos; discussão/ajustes do Relatório técnico

preliminar. Tendo em vista as cidades que concentram as sedes institucionais referidas acima, as oficinas devem ocorrer em Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo.







## VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (inserir, incluindo Maria Helena)

1. Barros, N. F.; Spadacio, C. A. formação do pós-graduando no mundo contemporâneo no cotidiano da pesquisa. Saúde e Sociedade (USP. Impresso) **JCR**, v. 20, p. 50-56, 2011.
2. Birman, J. A physis na saúde coletiva. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005.
3. Briceño-Leon, R. García, B., Rodríguez, V., Tovar, L. Las ciencias sociales y la salud en la modernización de Venezuela. Ciência e saúde coletiva vol.8 no.1 Rio de Janeiro, 2003, pp.63-77.
4. Canesqui A. M. Produção Científica das Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Alguns Significados. Saúde Soc 2012; 21:15-23.
5. Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 2007.
6. Canesqui A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. Ciênc Saúde Coletiva, 2003; 8:109-124.
7. Canesqui, AM – “Os novos rumos das Ciências Sociais e Saúde” in Canesqui, AM (Org.) Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Abrasco/Hucitec, 1997.
8. Canesqui A. M. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.
9. Castro, R. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol.8 no.1 Rio de Janeiro, 2003, pp. 47-62.
10. Frigotto, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In Jantsch, Ari Paulo, Bianchetti, Lucídio. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 2001. 25-50
11. Gomes, M.H.A.; Goldenberg, P. Interfaces e interlocuções: os congressos de ciências sociais em saúde. Cienc Saúde Coletiva 2003; 8: 251–264.
12. Gramsci, Antonio. (1968a), Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
13. Hochman, G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr Cetina. In: PORTOCARRERA, Vera (org.). Filosofia, História e Sociologia das Ciências - abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994. Cap.8, p.199-232.

14. Ianni, A. M. Z.; Barreto Jr, I. F.; Martins, C. L. A produção do conhecimento na interface entre as ciências sociais e a saúde pública/coletiva. *Saude soc.* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp. 9-14.
15. Knorr-Cetina, K. D. "Scientific communities or transepistemic arenas of research? A critique of quasi-economic models of science." *Social studies of science* 12, no. 1 (1982): 101-130.
16. Knorr-Cetina, K. D. *Epistemic cultures: How the sciences make knowledge*. Cambridge (Mass): Harvard University Press, 1999.
17. Levac, Danielle et al. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* 2010, 5:69 [disponível em <http://www.implementationscience.com/content/5/1/69>]
18. Luz, M. T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. *Saúde Soc* 2011; 20: 22-31.
19. Luz, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc* 2009; 18: 304-311.
20. Luz MT. Prometeu Acorrentado: Análise Sociológica da Categoria *Produtividade* e as Condições Atuais da Vida Acadêmica. *Physis* 2005; 15: 39-57.
21. Marsiglia, R. M. G.; Spinelli S. P.; Lopes M. F.; Silva TCP. Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003, vol.8, n.1, pp. 275-285. ISSN 1413-8123.
22. Mendonça, M.H.M.; Giovanella, L. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. Rio de Janeiro, Abrasco: Ciência e Saúde Coletiva, v.12 n.3 Rio de Janeiro maio/jun. 2007.
23. Minayo, M. C. S. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, n.4, pp. 1897-1907.
24. Mol, Annemarie. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press Books, 2002.

25. Montagner, M. A. Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social? Um esforço comparativo entre França e Brasil. *Saude soc.*, Jun 2008, vol.17, no.2, p.193-210.
26. Norman, G. Fifty years of medical education research: waves of migration. *Med Educ.* 2011 Aug;45(8):785-91.
27. Nunes, E. D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40: 64-72.
28. Nunes, E. D.; FERRETO, L. Elize; OLIVEIRA, A. L.; NASCIMENTO, J. L.; BARROS, N. F. de; CASTELLANOS, M. E. P. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. *Ciência & Saúde Coletiva JCR*, v. 15, p. 1917-1922, 2010.
29. Nunes, E. D.; FERRETO, L. Elize; OLIVEIRA, A. L. O.; NASCIMENTO, J. L.; BARROS, N. F.; CASTELLANOS, M. E. P. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. *Ciência & Saúde Coletiva JCR*, v. 15, p. 1917-1922, 2010.
30. Ortiz, R. Notas sobre Gramsci e as Ciências Sociais, in *Revista Brasileira de Ciências Sociais* - vol. 21 nº. 62
31. Rezende de Carvalho, M. A. “A Institucionalização das Ciências Sociais Brasileiras e o Campo da Saúde” In Canesqui, AM (Org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Abrasco/Hucitec, 1997.
32. Rezende O.S.; Ianni A.M.Z.; Alves O.S.F.; Barboza R. Uma contribuição para a história das Ciências Sociais na Saúde Coletiva – os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco e Suas produções científicas. *Cad. Saúde Coletiva* 2009; 17 (3): 603 – 626.
33. Santos, L. A. C. S. “O Pensamento Sanitarista na Primeira República: uma ideologia de Construção da Nacionalidade”. In Santos, LAC *O Pensamento Social no Brasil: pequenos estudos*. Campinas: Edicamp, 2003.
34. Silva, V. L. M.; Camargo Júnior, K. R. Os objetos epistêmicos das toxoplasmoses e suas rerepresentações num congresso científico internacional. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2012, p.509-531.
35. Trad, L. A. B. Temas e enfoques contemporâneos nas Ciências Sociais e Humanas no Brasil: expressões e tendências refletidas no V congresso da área *Cad. Saúde Pública*. 2012, vol.28, n.12, pp. 2373-2379.
36. UNESCO. *World Social Science Report*, Paris: UNESCO, 2010.

37. Weiss, GL. A Pedagogical Boomerang: From Hans Mauksch to Medicine to the Teaching and Learning of Sociology. *Teaching Sociology*. Vol. 35, No. 1 (Jan., 2007), pp. 1-16.

### **VIII - VIABILIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA**

O grupo de pesquisa poderá dispor de uma excelente infra-estrutura de biblioteca e laboratório do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, sede central do Projeto, o qual disponibilizará espaços do auditório para realização de oficinas de trabalho e realização das reuniões através de vídeo-conferência. O coordenador do projeto e outros dois integrantes poderão dispor de salas de trabalho e reunião do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica – FASA do ISC-UFBA, ao qual estão vinculados.

Situação semelhante, em termos de condições de trabalho e infra-estrutura, será encontrada pelos demais integrantes da pesquisa, tendo em vista a realidade das instituições onde estão inseridos (UERJ, ENSP/FIOCRUZ, UNIFESP, UNICAMP, UFSC e UFRGS).

Destaca-se, sobretudo, a experiência acumulada em pesquisa e produção científica da equipe de pesquisa, a qual apresenta um volume considerável de publicações relacionadas ao tema (que foram listados no formulário eletrônico). Por fim, cabe salientar que a maioria dos pesquisadores que integram o projeto já tem experiência de trabalho conjunto. Destacam-se, sobretudo, as interlocuções e parcerias que vem sendo processada no interior da Comissão de Ciências Humanas e Sociais da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, da qual nove, dos onze integrantes da equipe, são membros.