



Future Perfect? The Future of the Social Sciences in Public Health

Rachel C. Shelton*, Mark L. Hatzenbuehler, Ronald Bayer and Lisa R. Metsch

Department of Sociomedical Sciences, Columbia University Mailman School of Public Health, New York City, NY, United States

This is a critical and perhaps unprecedented time for the social sciences in public health. While there are many opportunities for the social sciences to continue making transformative contributions to improve population health, there are significant challenges in doing so, particularly in a rapidly changing political landscape. Such challenges are both external (e.g., congressional calls for reducing social science funding) and internal (e.g., scholars criticizing the social sciences for being stagnant and siloed). This paper highlights four key tensions that the field is grappling with and that have direct implications for how to train the next generation of social scientists in public health. We also discuss how departmental and institutional decisions made in response to these tensions will determine how the social sciences in public health are ultimately recognized, sustained, and advanced.

OPEN ACCESS

Edited by:

Rosemary M. Caron,
University of New Hampshire,
United States

Reviewed by:

Krista Mincey,
Xavier University of Louisiana,
United States
Sharyl Kidd Kinney,
University of Oklahoma Health
Sciences Center, United States

*Correspondence:

Rachel C. Shelton
rs3108@cumc.columbia.edu

Specialty section:

This article was submitted to
Public Health Education
and Promotion,
a section of the journal
Frontiers in Public Health

Received: 11 October 2017

Accepted: 15 December 2017

Published: 10 January 2018

Citation:

Shelton RC, Hatzenbuehler ML,
Bayer R and Metsch LR (2018)
Future Perfect? The Future of the
Social Sciences in Public Health.
Front. Public Health 5:357.
doi: 10.3389/fpubh.2017.00357

Keywords: public health, training, public health practice, social sciences, interdisciplinary

The social sciences¹ have made profound contributions to population health. While the specific theories and methods that each discipline employs vary, the value of the social sciences relates in part to their common focus on identifying and addressing persistent social realities and inequalities, and shared interest in advancing understanding of social forces that shape population health. The contributions of social science research to population health include (but are certainly not limited to): the health consequences of stigma, prejudice, and discrimination (1, 2); the impact of socioeconomic position (3), stress (4), social networks (5), social support (6), and place (7) in shaping health and health inequalities; the role of policy, power, and politics in structuring the health of populations (8–10); and the consideration of social context in the development and implementation of multilevel interventions that improve population health (11–13).

While there are many opportunities for the social sciences to continue making transformative contributions to improve population health, there are also significant challenges to sustaining and expanding these contributions. Challenges come from both within and outside the academy. External challenges include recent congressional calls for significantly reducing, even eliminating, funding for the social sciences, potentially due to perceptions that the social sciences are too “soft” and too “liberal” (14). These threats are fueled, in part, by a growing anti-science, anti-expertise discourse in certain segments of the American population. There has been heightened uncertainty among social scientists about how the social sciences will be valued and funded in light of recent political changes, making this a critical time to examine its value and contribution in public health (15).

¹For the purposes of the paper, we define social sciences broadly to include multiple disciplines, including, but not limited to, history, political science, anthropology, sociology, economics, and psychology. While we acknowledge that there are differences among these disciplines, for the purposes of the paper we are less interested in those distinctions than in conceptualizing the social sciences in contrast to other approaches (e.g., biomedical approaches).

Challenges also come from within the social sciences. In a widely discussed OpEd in *The New York Times*, Yale physician and sociologist Nicholas Christakis excoriated the social sciences, claiming that the lack of change in social science departments and disciplines is “counterproductive, constraining engagement with the scientific cutting edge and stifling the creation of new and useful knowledge” (16). Failure to alter the “basic DNA of the social sciences” might, according to Christakis, “result in having the natural sciences co-opt topics rightly and beneficially in the purview of the social sciences” (16). Other examples of the de-valuing of the social sciences include the large investments being made in biomedicine (e.g., precision medicine, clinical healthcare) over population health (17).

To successfully navigate these challenges, we argue that the field must confront several key tensions that we and others have identified. In the sections that follow, we highlight four such tensions, including (1) the balance of disciplinary versus interdisciplinary structures; (2) the contribution of the social sciences in framing the questions asked to advance public health; (3) the translation of research beyond academia to impact population health; and (4) the funding and institutional sustainability of the social sciences in public health.² While this is not an exhaustive list, it represents tensions that the field is currently grappling with and that have direct implications for how to train the next generation of social scientists in public health. We also raise additional issues with which the field must grapple beyond training, particularly in the context of a rapidly changing political landscape that may de-value the social sciences. We approach the topics raised below from our perspective as scholars representing diverse social science disciplines within public health (including psychology, sociology, political science, and behavioral science).

Our goal in this paper is not to resolve the tensions that we highlight (which may, in some instances, not be feasible or desirable). Nor is our goal to take a side in the debates over these tensions. Not only do we view such debates as healthy and necessary to advance the field but we also see the varying perspectives we present as having value and import within the field. In fact, the diversity of perspectives has, in many cases, contributed to the success of the social sciences in advancing population health research. Our more modest aim, instead, is to explicitly highlight how departmental and institutional decisions that are made in response to these tensions will, by necessity, shape how we train the next generation of social scientists in public health. In turn, these decisions will help to determine how the social sciences in public health are ultimately recognized, sustained, and advanced.

CONSIDERATION OF DISCIPLINE VERSUS INTERDISCIPLINARY STRUCTURES AND FOUNDATIONS

The first key tension relates to what drives interdisciplinary versus disciplinary work within public health, and the appropriate role

²The tensions we have raised typically represent the polarities of these debates (e.g., interdisciplinarity versus disciplinary). While we acknowledge that these extremes may not capture the modal practice, they serve an illustrative purpose because they highlight some of the key assumptions and tensions underlying these debates.

of traditional social science disciplines within institutions that conduct interdisciplinary research and training in public health. Currently, there are few structures in place to facilitate and maintain traditional social science disciplines in public health, and there is diversity in how this is addressed institutionally. For example, some social science programs that focus on population health are within arts and sciences departments (e.g., The Center for Medicine, Health, and Society at Vanderbilt University), whereas other social science programs that focus on public health are housed within schools of public health (e.g., the Department of Sociomedical Sciences at Columbia’s Mailman School of Public Health) (18).

While there appear to be multiple models for integrating the social sciences in public health within academic institutions, many departments and schools have placed less investment in hiring various discipline-specific social scientists (e.g., historians, anthropologists); in contrast, they have relatively more representation from behavioral scientists, some of whom may be trained more generally in social and behavioral science and do not have discipline-specific social science degrees. Furthermore, in our experience, blurred boundaries sometimes exist between the type of training someone receives, and the department in which they are based (e.g., a sociologist could be based in a department of social/behavioral sciences or in a department of epidemiology with a strong social epidemiology focus).

This tension has important implications for how best to train the next generation of social scientists within public health. There are currently two main approaches. One takes the perspective of advancing scholarship within social science disciplines. According to this line of thinking, it is critical that social scientists are first trained and mentored in their respective disciplinary departments and that disciplinary connections are maintained. Social science departments provide a foundation in the theories and methods that define their disciplines. This disciplinary grounding may allow social scientists to provide insights into how to address important public health issues, while concurrently contributing to the advancement of their respective disciplines.

Despite strengths of this approach, there are potential drawbacks. For instance, traditional social science departments may not perceive public health research as addressing the key questions these disciplines are pursuing, or as advancing discipline-specific theory or methods. In some cases, maintaining connections with the discipline may impede the ability to address issues that are most relevant for public health. For example, the social sciences outside of public health may focus on more technical disciplinary-specific concerns, which may deflect attention away from tackling the issues most relevant to public health. Addressing this issue may require a return to the roots of the social sciences that focused on addressing persistent fundamental social problems such as poverty and inequality.

The second approach is for public health researchers to obtain training through an interdisciplinary degree rather than through a social science department. According to adherents of this model, conducting rigorous interdisciplinary work that includes theories, methods, and approaches from across the social sciences is paramount to effectively addressing public health issues and stimulating innovation. There are various programs

that train the next generation in this interdisciplinary science approach [for a review of programs, see Ref. (18)]. For example, the Robert Wood Johnson Foundation developed the Health and Society Scholars training program, the first postdoctoral program explicitly devoted to population health. Scholars came from a range of social science disciplines, and through weekly seminars led by interdisciplinary faculty, received training in expanding cross-disciplinary thinking, developing collaborative competencies, and acquiring shared language across disciplines (18, 19). Although no longer in existence, one of the program's most important legacies was changing the institutional culture and structure of the sites where the program was based; disciplinary silos were slowly broken down, new interdisciplinary research teams were created, and the value of interdisciplinarity was institutionalized (18, 19).

At the same time, numerous challenges can impede this kind of training. For example, interdisciplinary public health research often takes place in institutions in which the social sciences are not necessarily nourished. Different languages, values, and methods can also impede interdisciplinary work; furthermore, structural conditions within disciplines and institutions (e.g., expectations for tenure/promotion; funding structures; administrative or physical space barriers), and constraints on time to foster such relationships, can make this collaboration difficult. Additional questions for the social sciences in public health to consider related to these disciplinary/interdisciplinary issues are provided in **Table 1**.

CONTENT AND SCOPE OF SOCIAL SCIENCE RESEARCH IN PUBLIC HEALTH

A second key tension pertains to the role of the social sciences in framing the questions asked to advance public health, and whether social science research should focus on issues perceived to have high policy relevance. The “strategic science” approach systematically directs scholarship to have more purposeful and timely policy impact in an effort to facilitate evidence-based policy-making (20). Strategic science has been defined as “research designed to address gaps in knowledge important to policy decisions, derived from the reciprocal flow of information between researchers and policy makers, and communicated not only in scholarly publications but also in forms relevant to policy makers” [(20), p. 2445]. In one example of this approach, Roberto et al. (21) tested the effectiveness of adding the total number of recommended calories (2,000 cal) in menu labels, a topic being considered by policy-makers. The researchers took their findings to policy-makers, who included the findings as part of the national menu-labeling policy and the Affordable Care Act.

An alternative approach to strategic science is to pursue research that may not address immediate policy questions but that nonetheless advances scholarship, theory, and the knowledge base on a particular topic or discipline. This approach is exemplified by Meyer's (22) work on minority stress theory. When he started this work in the 1990s, the stated goal was knowledge production—i.e., to develop a theory that described the role of social stressors in shaping sexual orientation health disparities. It

was not clear when, or whether, this work would be used to shape policy. However, this research ultimately had tremendous policy relevance in 2008, when it was cited in the U.S. Court of Appeals' decision that rendered Proposition 8 (a California ballot proposition that would have eliminated the right of same-sex couples to marry) unconstitutional.

TABLE 1 | Critical questions for the social sciences in public health: implications for training the next generation.

Questions pertaining to structural and disciplinary factors shaping social science research in public health

1. What drives social scientists' interests in public health, and how does this differ from what drives disciplinary work? For instance, public health asks, “How can anthropology, sociology, history, economics, or political science help to answer the problem of obesity or AIDS?” In contrast, in disciplinary work in social sciences, researchers ask, “How can the study of obesity or AIDS help advance sociology, anthropology, or political science?”
2. What are the intersections between the social sciences in public health and the fields of social epidemiology and behavioral science?
3. How can schools best incentivize and embrace interdisciplinarity?
4. What are the tensions between disciplinary needs of the social sciences and the research needs of public health and how should that dynamic be negotiated?
5. Is a school of public health the right space to be addressing some of these challenges?
6. What new structures are needed (e.g., training, new disciplines) to ensure that social scientists stay relevant in an increasingly biomedical reality?
7. How might different social science disciplines tackle some of these issues in public health?

Questions pertaining to the content and contribution of the social sciences in public health

1. Does the desire to do policy-relevant research, which means doing research that policy-makers will find useful, limit the kinds of questions asked?
2. What counts as “evidence” in policy, practice, and among the social sciences? And how does that shape the kind of research that social scientists in public health conduct?
3. When social scientists enter the world of policy-making, do they feel constrained to be candid about the extent to which there are uncertainties about the evidence that is driving public policy? What is the relationship between trying to advance a policy agenda and the recognition of uncertainty?
4. Should social scientists seek out research projects that are likely to have tangible policy implications (i.e., the concept of “strategic science”)?
5. How does such research differ from more theoretical and less policy-relevant studies that often characterize social science inequities?
6. When, why, and how is academic policy research most likely to have a policy impact?

Questions pertaining to the dissemination and communication of social science research to the public and policy-makers

1. What is the role of academics and social scientists in ensuring that evidence-based programs or policies are disseminated and implemented?
2. How much and what kind of evidence is needed for an intervention or policy to be disseminated or more broadly implemented and scaled up?
3. What is the boundary between research dissemination, knowledge translation, and advocacy in the work of social scientists in public health and what is their responsibility in this domain?
4. What is the role of social scientists in public health in ensuring that their research is translated for use by policymakers and the public?
5. Beyond policy-making, what are the other critical ways social scientists can make an impact on population health?
6. How can social scientists leverage their role as communication and dissemination experts among biomedical-focused researchers and scientists to disseminate biomedical innovations?

(Continued)

TABLE 1 | Continued*Questions pertaining to funding the social sciences in public health*

1. Are there certain research questions that should be asked but cannot be asked because of the current funding environment?
2. In the current soft-money environment in most schools of public health, what is the future of the social sciences in universities concerned with public health as we move forward?
3. What models of teaching, education, and research will sustain the social sciences in public health in this environment?
4. What is our role as social scientists in confronting a world of social inequality, particularly in light of how funding and grants are structured (e.g., short-term, disease-specific)?
5. How does the structure of funding at NIH and CDC as organized by diseases impact the funding of social science research and advancements in science?
6. Are there situations in which it is appropriate for social scientists to take funding from corporations to support their research programs in public health?

These two approaches have significant implications for how training is approached. Doctoral- and MPH-level practitioners often lack the skills to translate their research into evidence-based policy, given that formal training in public health typically contains insufficient emphasis on policy-related competencies. Moving forward, a key decision will be whether to provide a foundation in policy-relevant training, including writing policy briefs, policy translation, communicating research evidence to policy-makers, and creating multi-sectorial teams. One potential solution could include a cross-university seminar for doctoral students to train them on policy translation in an apprenticeship model. Additional questions related to this topic are provided in **Table 1**.

DISSEMINATION AND COMMUNICATION OF SOCIAL SCIENCE RESEARCH IN PUBLIC HEALTH

Another related tension concerns the role of social scientists in translating and disseminating research outside of academia (23). Dissemination has been defined as “an active approach of spreading evidence-based information to the target audience *via* determined channels using planned strategies” [(24), p. 118]. The scientific community lacks consensus on the appropriate role of researchers in knowledge translation, or appropriate boundaries between research, policy-making, and advocacy (18, 25). Some argue that social scientists should not engage in the translation and dissemination of the work, which is viewed by some as inappropriately veering on advocacy. There have historically been some concerns in academia that disseminating work to policy-makers, key stakeholders, and the broader public impinges upon perceived scientific neutrality; moreover, social scientists are often not trained to communicate beyond academia, and some posit that it is not their responsibility to do so (25).

A contrasting viewpoint is that a key responsibility of social scientists is to communicate new innovations within larger networks, contexts, and systems in a way that values social science (26). To address this responsibility, a science of dissemination and implementation has been developing in recent years (27).

Brownson et al. (28), for instance, have identified a range of systems and structural strategies to encourage research dissemination, including providing academic incentives (e.g., related to tenure) and requiring a dissemination plan in funding announcements. A continuum of how researchers can engage in varying degrees to translate their research has been proposed, ranging from raising awareness of an issue (e.g., publishing scientific articles, presenting at meetings, writing a press release or popular piece) to communicating findings to policymakers (e.g., developing short policy summaries, providing testimony at hearings) to actively lobbying on behalf of particular issue (e.g., media advocacy, writing letters to the editor, meeting with elected officials) (29).

Moving forward, it will be critical to more formally decide how to address this tension, particularly as the field considers the kinds of training provided to MPH and doctoral students and whether to develop competencies to enhance dissemination and communication of research (e.g., media training, writing for popular press, social media dissemination, communicating with stakeholders, engaging with knowledge brokers) (18). Additional competencies to facilitate interdisciplinary collaboration and team science—important skills for conducting interdisciplinary research and disseminating findings to key stakeholders outside of academia—could include training in maintaining group dynamics, conflict management, and stakeholder communication (18). Training in knowledge translation has implications not only for enhancing scientific communication with the media, policy-makers, and the public but also for improving knowledge translation and communication between researchers (18). An example is The OpEd Project’s Public Voices Fellowship that matches researchers with high-level journalist mentors to write opinion pieces for major media platforms including NPR, the *Washington Post*, and *Time* (30). However, there has not been a widespread integration of this area into the curricula at schools of public health, despite its growing presence at NIH (31, 32). **Table 1** provides additional questions to consider regarding dissemination of research and knowledge translation.

INSTITUTIONAL SUSTAINABILITY AND FUNDING OF THE SOCIAL SCIENCES IN PUBLIC HEALTH

A final tension, particularly felt in the current funding and political context, relates to the future role and contribution of the social sciences in “soft-money” environments (see **Table 1**). Because public health schools are soft-money institutions, they are dependent on external grant support. For the social sciences, this poses a serious challenge. Especially vulnerable are history and anthropology, which tend to receive fewer NIH grants than other disciplines. Private foundations that may support anthropology, history, and political science do not carry the institutional overhead support crucial to institutional sustainability. In those social sciences with access to NIH support, the current funding environment is still perilous. Because of the current prospects for funding, many public health schools have begun to consider the option of corporate support for research projects. While this may contribute to the resolution of budgetary difficulties, it inevitably

raises critical ethical issues about corporations shaping research agendas, the viability of research undertakings that do not obtain corporate support, and the obvious problems of reputational risk, even when conflicts of interest are considered (33). This tension has ramifications for the type of grant-writing taught in formal coursework, training, and mentoring.

FUTURE DIRECTIONS FOR SOCIAL SCIENCES IN PUBLIC HEALTH

In this article, we have discussed critical challenges that are relevant to training the next generation of social scientists in public health. These include tensions related to interdisciplinarity and disciplinary structures and foundations, how social scientists prioritize and value research focused on advancing social science theory and knowledge versus research with high policy relevance, the direction social scientists take with regard to dissemination and translation of research for broader consumption, and how to achieve institutional sustainability. The diversity of perspectives that we have represented across these tensions has contributed to the richness of the social sciences in public health. As one example, strategic science that explicitly seeks to answer policy-relevant questions, as well as knowledge production that seeks to address gaps in scientific understanding, both add value to the field of public health. Consequently, we are not advocating for one approach over another. Instead, our goal is to highlight these tensions and diverse perspectives so that we can more explicitly recognize them and the implications they have for a range of departmental and institutional decisions.

The tensions we have highlighted here have critical implications for the structure and training provided at public health schools, the direction of social science research that the next generation of social scientists in public health will pursue, the dissemination and reach of their research, and our ability to support and fund them. As noted at the outset, we highlight issues related to training because whether and how these tensions are confronted will have direct implications for decisions made about training the next generation of social scientists in public health. Issues of training are particularly timely given that the Council on Education for Public Health (CEPH) Accreditation for Schools

of Public Health has recently updated its criteria to focus more on skill-building (versus topical areas) in its coursework (34). As such, our discussion of training future scholars may suggest additional ways of addressing curricular changes required by CEPH.

The title of this paper is a play on the future perfect tense, the idea that an action will have been completed (finished or “perfected”) at some point in the future. We aspire toward a more perfect future—one in which the contributions of the social sciences in public health can be more fully realized to improve population health and reduce health inequalities. There are no easy solutions to guarantee this perfect future. But to sustain and advance their rich history and contributions, it is critical that leaders in social sciences within public health confront the challenging issues and questions raised in this article and their implications for training the next generation.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

RS and MH took the lead in writing sections of the paper. LM and RB contributed to the writing of section of the paper and provided comments on all sections and drafts of the paper. All authors reviewed the final version of the paper and approve the content of the work.

ACKNOWLEDGMENTS

We acknowledge contributions from the following participants at the Symposium on the Future of the Social Sciences in Public Health held at the Department of Sociomedical Sciences at the Mailman School of Public Health: Christine A. Bachrach, Peter Bearman, Philippe Bourgois, Theodore M. Brown, Matthew Connelly, Amy Fairchild, Thomas Farley, Cheryl Heaton, Jennifer S. Hirsch, Jeannette R. Ickovics, Bruce G. Link, Patricia Mabry, Ilan H. Meyer, Richard Parker, Valerie Purdie-Vaughns, Adam Reich, Christina A. Roberto, Constance Nathanson, Michael S. Sparer, Seth Stephens-Davidowitz, Elizabeth Sweet, and Patrick Wilson. Their insights helped to frame many of the issues raised in this paper. We also thank Laura Brotzman and Matthew Lee for editorial assistance with the paper.

REFERENCES

- Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* (2013) 103(5):813–21. doi:10.2105/AJPH.2012.301069
- Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* (2003) 93(2):200–8. doi:10.2105/AJPH.93.2.200
- Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav* (1995) 35:80–94. doi:10.2307/2626958
- Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Eng J Med* (1991) 325(9):606–12. doi:10.1056/NEJM199108293250903
- Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Eng J Med* (2008) 358(21):2249–58. doi:10.1056/NEJMsa0706154
- Litwak E, Messeri P, Wolfe S, Gorman S, Silverstein M, Guilarte M. Organizational theory, social supports, and mortality rates: a theoretical convergence. *Am Sociol Rev* (1989) 54:49–66. doi:10.2307/2095661
- Sampson RJ. Moving to inequality: neighborhood effects and experiments meet structure. *AJS* (2008) 114(11):189. doi:10.1086/589843
- Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism? *N Eng J Med* (1991) 324(21):1500–4. doi:10.1056/NEJM19910523242111
- Parker R. The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. *Am J Public Health* (2002) 92(3):343–7. doi:10.2105/AJPH.92.3.343
- Bourgois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural vulnerability: operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Acad Med* (2017) 92(3):299–307. doi:10.1097/acm.0000000000001294
- Cook JE, Purdie-Vaughns V, Meyer IH, Busch JT. Intervening within and across levels: a multilevel approach to stigma and public health. *Soc Sci Med* (2014) 103:101–9. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.023
- Wingood GM, DiClemente RJ. Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Educ Behav* (2000) 27(5):539–65. doi:10.1177/109019810002700502

13. Sorensen G, Stoddard AM, Dubowitz T, Barbeau EM, Bigby J, Emmons KM, et al. The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the healthy directions studies. *Am J Public Health* (2007) 97(7):1216–27. doi:10.2105/AJPH.2006.088120
14. Mulhere K. *Out of Favor with House GOP*. (2015). Available from: <https://www.insidehighered.com/news/2015/04/23/house-committee-draws-criticism-again-proposed-cuts-social-sciences>
15. Kaplan S. *Scientists Are Really, Really Worried About Donald Trump*. (2016). Available from: https://www.washingtonpost.com/news/speaking-of-science/wp/2016/11/30/scientists-are-really-really-worried-about-donald-trump/?utm_term=.5a903100506d
16. Christakis NA. Let's shake up the social sciences. *The New York Times*. (2013). Available from: http://www.nytimes.com/2013/07/21/opinion/sunday/lets-shake-up-the-social-sciences.html?_r=0
17. Bayer R, Galea S. Public health in the precision-medicine era. *N Eng J Med* (2015) 373(6):499–501. doi:10.1056/NEJMp1506241
18. Bachrach C, Robert S, Thomas Y. *Training in Interdisciplinary Health Science: Current Successes and Future Needs*. Washington, DC: Institute of Medicine Roundtable on Population Health Improvement (2015).
19. Keys KM, Galea S. *Population Health Science*. Oxford: Oxford University Press (2016).
20. Brownell KD, Roberto CA. Strategic science with policy impact. *Lancet* (2015) 385(9986):2445–6. doi:10.1016/S0140-6736(14)62397-7
21. Roberto CA, Larsen PD, Agnew H, Baik J, Brownell KD. Evaluating the impact of menu labeling on food choices and intake. *Am J Public Health* (2010) 100(2):312–8. doi:10.2105/AJPH.2009.160226
22. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health* (2003) 93(2):262–5. doi:10.2105/AJPH.93.2.262
23. Graduate Training in the Social and Behavioral Sciences. *Proceedings of a Workshop – In Brief*. Washington, DC: The National Academies Press (2017).
24. Rabin BA. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract* (2008) 14(2):117–23. doi:10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb
25. Wang YC. *The Dangerous Silence of Academic Researchers*. (2015). Available from <http://chronicle.com/article/The-Dangerous-Silence-of/190251/>
26. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Health and Medicine Division, Board on Health Sciences Policy. *The National Academies Collection: Reports Funded by National Institutes of Health Graduate Training in the Social and Behavioral Sciences: Proceedings of a Workshop-in Brief*. Washington, DC: National Academies Press (US) (2017).
27. Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*. New York: Oxford University Press (2012).
28. Brownson RC, Jacobs JA, Tabak RG, Hoehner CM, Stamatakis KA. Designing for dissemination among public health researchers: findings from a national survey in the United States. *Am J Public Health* (2013) 103(9):1693–9. doi:10.2105/AJPH.2012.301165
29. Brownson RC, Royer C, Ewing R, McBride TD. Researchers and policy-makers: travelers in parallel universes. *Am J Prev Med* (2006) 30(2):164–72. doi:10.1016/j.amepre.2005.10.004
30. The Op Ed Project. *Public Voices Fellowship*. (2017). Available from http://www.theopedproject.org/index.php?option=com_content&view=article&id=868&Itemid=154
31. Neta G, Sanchez MA, Chambers DA, Phillips SM, Leyva B, Cynkin L, et al. Implementation science in cancer prevention and control: a decade of grant funding by the National Cancer Institute and future directions. *Implement Sci* (2015) 10(1):1. doi:10.1186/s13012-014-0200-2
32. Office of Behavioral and Social Science Research. *Strategic Plan 2017-2021, Healthier Lives through Behavioral and Social Sciences*. (2016). Available from: <https://obssr.od.nih.gov/wp-content/uploads/2016/09/OBSSR-SP-2017-2021.pdf#>
33. Bayer R, Sampat BN. Corporate funding for schools of public health: confronting the ethical and economic challenges. *Am J Public Health* (2016) 106(4):615–8. doi:10.2105/AJPH.2016.303079
34. Council on Education for Public Health. *Accreditation Criteria: Schools of Public Health and Public Health Programs*. (2016). Available from: <https://ceph.org/assets/2016.Criteria.pdf>

Conflict of Interest Statement: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2018 Shelton, Hatzenbuehler, Bayer and Metsch. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Repensar a Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Rethinking public health and the role of social sciences and humanities in health (abstract: p. 15)

Repensar la Salud Colectiva y el papel de las Ciencias Sociales y Humanas en Salud (resumen: p. 15)

Denise Martin^(a)

<denise.martin@unifesp.br> 

Pedro Paulo Gomes Pereira^(b)

<pedro.paulo@unifesp.br> 

^(a, b) Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Rua Botucatu, 740, 4º andar. São Paulo, SP, Brasil. 04023-900.

Este ensaio analisa conflitos e potencialidades das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS) no campo da Saúde Coletiva e os desafios de atuar em uma área interdisciplinar. Inicialmente, apresentamos algumas particularidades das CSHS, dialogando com tensões internas. Em seguida, as metodologias qualitativas e seus usos nas pesquisas em Saúde Coletiva são problematizadas, mantendo um diálogo com as demais áreas. Por fim, apresentamos uma reflexão sobre as perspectivas futuras das CSHS e possíveis caminhos teórico-metodológicos que aprofundariam a transversalidade da área. Repensar as relações entre as áreas provoca uma reflexão sobre uma possível e oportuna reconfiguração da própria Saúde Coletiva. Os desafios nos colocam a necessidade de repensar a noção de CSHS; e de indagar sobre a linguagem que estamos construindo e sobre o que podemos fazer.

Palavras-chave: Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Epistemologias. Saúde Coletiva. Interdisciplinaridade.

As Ciências Sociais são geralmente compostas pelas áreas de Ciência Política, Sociologia e Antropologia. O campo das humanidades inclui, nos dias de hoje, Literatura, Música, Pintura, Escultura, Arquitetura, Línguas, Filosofia, História e Psicologia. Cada uma dessas disciplinas organiza-se metodologicamente e percebe seus objetos de forma diferente. Há, inclusive, linguagens próprias, apesar de algo compartilhado. As Ciências Sociais, por exemplo, caracterizam-se pela desconfiança na abstração excessiva e pela conservação de um sentido claro da realidade social vivida. Essas disciplinas ancoram-se, na maioria das vezes, em departamentos definidos e, nesse processo de delimitação, surgem conflitos entre áreas e em uma “região produzida por obstruções institucionais”¹ (p. 250). No campo de Saúde Coletiva (SC), entretanto, é comum a percepção das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS) como um todo unificado e homogêneo, quando, na realidade, estamos em uma região de conflitos e diferenças.

Todavia, vistas assim, como um todo, as CSHS são interpeladas na SC por outras formas de saberes, notadamente, a Epidemiologia e a Política; e Planejamento e Gestão. Há, ainda, as negociações sempre tensas em saberes considerados mais objetivos. Portanto, nessa acepção, menos próxima de certa noção de objetividade, as CSHS seriam, para esse tipo de pensamento, as menos valorizadas do campo da Saúde. Além disso, surgem as apropriações de linguagem de uma disciplina por outra e a dissolução do “específico” de cada saber, formando, muitas vezes, uma sociologia adocicada, com jargões que às vezes remetem a uma das disciplinas das CSHS. Quem é das CSHS nota facilmente esse processo de uso da linguagem, como o de um iniciante em uma nova língua que emprega termos sem saber o alcance e o contexto do uso. Essa dissolução dos conceitos das CSHS produz narrativas rasas sobre o social.

Pensando nesse contexto geral, neste ensaio, propomo-nos a analisar, com certo tom de provocação, conflitos e potencialidades no campo da SC, bem como os desafios de atuar em uma área interdisciplinar. A ideia geral é que, se temos o desafio de repensar as relações entre as áreas, se há temas e abordagens que precisamos desenvolver e se há arestas a aparar, então o que estamos falando é sobre uma possível e oportuna reconfiguração da própria SC. Com esse intuito, na primeira parte do texto, abordamos algumas particularidades das CSHS, dialogando com as tensões internas. Em seguida, apresentamos questões sobre as metodologias qualitativas e seus usos nas pesquisas em SC, mantendo um diálogo com as demais áreas. Por fim, elaboramos uma reflexão sobre perspectivas futuras das CSHS e possíveis caminhos teórico-metodológicos que aprofundariam a transversalidade da área.

As CSHS e suas tensões

A SC se constituiu como um campo científico interdisciplinar que reúne a produção de conhecimentos na interface entre vários saberes, agregando diferentes modalidades de práticas em saúde². Segundo Ferreira e Brandão:

Ela tem sido buscada como campo de formação na pós-graduação *stricto sensu*, por aqueles que desejam uma atuação mais reflexiva e crítica em saúde. Tal demanda, em geral, se associa a uma postura profissional comprometida com os princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a defesa da justiça social². (p. 2)

Assim, a SC é uma área acadêmica multidisciplinar. Ou seja, não é propriamente uma disciplina científica, mas um conjunto híbrido de saberes e práticas, entre as quais se incluem práticas acadêmico-científicas³. A SC vem se constituindo na interconexão:

[...] de dimensões do pensamento, da teoria e do movimento, que se traduzem em uma forma de entender a saúde, pesquisá-la teoricamente e institucionalizá-la acadêmica, política e pedagogicamente⁴. (p. 14)

Para instituir-se, a SC apoiou-se em disciplinas já consagradas, em especial, as Ciências Sociais. Porém, a diversidade de disciplinas faz com que as disputas e negociações pela definição do que é legítimo pesquisar ou ensinar (em termos de objetos, objetivos e métodos) e de quem detém a autoridade propriamente científica no campo sejam mais complexas e agudas do que nas disciplinas constituídas e institucionalmente departamentalizadas. O caráter multifacetado da SC faz, inclusive, com que esta esteja sob constante ameaça de fragmentação³.

É nesse contexto que as CSHS se apresentam com suas particularidades e questionamentos. Como dizíamos, sua designação expressa uma área heterogênea e interdisciplinar: Sociologia, Antropologia, Política, História, Geografia, Filosofia, Psicologia e Serviço Social^{2,5}. A produção científica das CSHS é robusta e consolidada. Na perspectiva das relações com as outras subáreas da SC, especialmente a Epidemiologia, a literatura é extensa – tanto no diálogo sobre limites, diferenças, conflitos e tensões quanto na exigência da interdisciplinaridade^{2,3,6}.

As disciplinas que compõem as CSHS se aproximam de seus temas de pesquisa com abordagens teórico-metodológicas distintas. Há diferenças importantes na escolha dos métodos, nas técnicas de pesquisa e, conseqüentemente, nos resultados. Não é incomum, em avaliações acadêmicas, debates sobre a pertinência ou não de determinadas escolhas teórico-metodológicas. Assim, como já salientamos, as CSHS, quando vistas de dentro, apresentam heterogeneidade e tensões internas e externas às diferentes disciplinas que as compõem (considerando que, mesmo dentro de uma disciplina, há também heterogeneidade de abordagens teórico-conceituais). Segundo Russo e Carrara³, as CSHS vão congregiar disciplinas que têm suas próprias arenas de atuação, com suas lógicas específicas de produção e consagração acadêmicas, o que as diferencia da Epidemiologia.

Nesse campo, podemos dizer que, na maior parte das vezes, o uso do termo “pesquisa qualitativa” surge em concepção bastante ampliada. “Pesquisa qualitativa” já é um termo que surge para dar conta de uma especificidade em uma multitude de teorias e metodologias na busca de resumir, de forma direta e, de certa forma, simplificada, diversas metodologias e formas de aproximação. O termo “pesquisa qualitativa” seria produto do contato entre diferentes linguagens nas quais se elegem ou se desenvolvem termos para que realizar a comunicação entre as áreas e disciplinas.

Tentando abordar esse tema, o debate proposto por Minayo e Sanches⁷, em 1993, apresentava duas formas de abordagem mais correntes nas investigações da área de Saúde: o método quantitativo e o método qualitativo. Concluem os autores que, do

ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra. Este artigo contribuiu para justificar a legitimidade das pesquisas qualitativas em Saúde em um período em que eram pouco compreendidas no campo. Depois disso, numerosos autores colaboraram para a consolidação da importância de metodologias qualitativas no campo da SC⁸⁻¹³.

Passados quase trinta anos desse debate, muitas coisas mudaram. Talvez não precisemos mais justificar o rigor e a contribuição das CSHS no campo da SC. Do ponto de vista institucional, periódicos do campo da SC começaram a incorporar editores das CSHS. Desse modo, manuscritos passaram a ser avaliados segundo critérios de rigor próprios das CSHS. Uma mudança substantiva, pois antes era mais comum que pesquisadores das CSHS recebessem pareceres desanimadores, avaliados segundo critérios de pesquisas quantitativas. Nesses pareceres, eram corriqueiros argumentos como: a recusa de um artigo se justificava porque a pesquisa não possuía um número de participantes representativo ou que a análise não explicitava as técnicas utilizadas. Assim, o rigor científico advinha de metodologias e critérios alheios às CSHS. Da mesma forma, os livros (produtos importantes da área) começaram a fazer parte dos processos de avaliação da Capes¹⁴. Comissões de avaliação em agências de fomento passaram a ter representatividade da área de CSHS. De uma maneira geral, as CSHS acabaram se sentindo mais confortáveis na SC, havendo um certo reconhecimento e inserção nas diversas instâncias acadêmicas dentro do campo, apesar da persistência dos conflitos e do exercício de poderes que atuam na busca de subordinar as CSHS, como já mostrava Loyola¹⁵.

Segundo Russo e Carrara³, uma das maiores fontes de subordinação está na localização da SC no âmbito das ciências biomédicas. A SC nasce nas faculdades de Medicina, a partir da necessidade de pensar não apenas a constituição de uma saúde pública, mas também a dimensão coletiva das práticas médicas e de saúde. Nesse sentido, sua localização, como no caso da grande árvore do conhecimento proposta pela Capes, dentro do “Colégio de Ciências da Vida” – e não no “Colégio de Humanidades” – será sempre uma fonte de tensões³. Só para se ter uma ideia, nas agências de fomento nacionais, como o CNPq, a área de CSHS não existe. Assim, para cadastrar um projeto de pesquisa no sistema, a área que mais se aproxima é a de Saúde Pública. Na Fapesp, um projeto de pesquisa submetido na SC tem as seguintes opções: “Epidemiologia”, “Medicina Preventiva”, “Outra Subárea da Saúde Coletiva” e “Saúde Pública”. Essas questões não são irrelevantes, como demonstra a literatura que abordou esses entraves institucionais das CSHS dentro do campo da SC^{8,15-18}.

Dadas essas características, na seção seguinte, procuraremos desenvolver uma síntese de questões relacionadas aos desafios de realizar “pesquisas qualitativas” em um campo interdisciplinar.

Os desafios das pesquisas qualitativas

Talvez o maior desafio de realizar pesquisas qualitativas em uma área interdisciplinar esteja no uso de conceitos e de uma linguagem sem que os pesquisadores (iniciantes) os dominem. Muitas vezes, um mesmo conceito é compreendido de forma diferente dependendo da área: por exemplo, o conceito de risco é compreendido de forma distinta nas CSHS e na Epidemiologia. De uma forma genérica, enquanto as primeiras tendem a buscar compreender as relações sociais e os contextos socioculturais que envolvem e produzem riscos, bem como as formas como nossos interlocutores definem, eles mesmos, “risco”¹⁹; a segunda tende a tratar risco como conceito central para mensurar possíveis problemas de saúde em populações humanas, privilegiando a dimensão do controle²⁰. No caso da Política, Planejamento e Gestão em Saúde, há uma proximidade maior com a área de CSHS, talvez pelo uso de metodologias qualitativas ou pelas abordagens teóricas em comum – mas, mesmo aqui, há diferenças, principalmente da distância das perspectivas: o olhar do gestor e o olhar sociológico não coincidem, como iremos abordar mais adiante. Claro, essa caracterização está desenhada em um quadro muito branco e preto, não dando conta das nuances e dos semitons; contudo, quem atua na área vai lembrar de uma ou outra situação em que os mesmos termos foram usados em perspectivas diferentes, quando não opostas (veja-se, por exemplo, o conceito de determinantes, vulnerabilidade, população, identidade, território e por aí vai...).

Talvez por essas dificuldades mencionadas (além, evidentemente, dos óbices institucionais) haja um número razoável de publicações, de pesquisadores das CSHS, criticando a qualidade das pesquisas qualitativas na área de Saúde²¹⁻²³. De uma maneira geral, essas análises concluem que a incorporação da perspectiva da metodologia qualitativa e do referencial teórico das Ciências Sociais nas pesquisas em SC resulta em estudos sem consistência teórico-metodológica e que pouco contribuem para a compreensão dos fenômenos de saúde e adoecimento.

Trilhando esse mesmo caminho, Schraiber¹¹ faz uma análise sobre como o campo da SC articulou de modo muito próprio ciência e política, assim como prática científica e prática profissional nos serviços de saúde. A autora problematiza o engajamento ético-político e o adensamento conceitual das construções teóricas na área de PPG, chamando a atenção para o enfraquecimento teórico conceitual a partir de uma urgência em transformar a sociedade por meio da ação social.

Diante dessa profusão de linguagens e desse emaranhado de saberes, como atuar e não contribuir para o enfraquecimento conceitual que menciona Schraiber¹¹? Gostaríamos de tentar responder tal indagação apontando alguns limites e potencialidades desse pensamento entrecruzado sem qualquer pretensão de sermos exaustivos e em uma linguagem mais provocadora do que analítica:

1. Na prática cotidiana, somos obrigados a nos lembrar das intrínsecas relações entre teoria e método. Levados a percorrer a história dos conceitos para dar conta dos desafios das investigações, percebemos logo que o rigor do uso teórico-conceitual é condição de partida das pesquisas. Essa relação inseparável entre os conceitos e as formas de desenvolver a pesquisa denominamos de metodologia: portanto, metodologia não é simplesmente uma soma de procedimentos do que se deve fazer na investigação.

Por exemplo, pensando no universo da Antropologia, Peirano²⁴ problematiza a divisão entre teoria e método, no caso da etnografia. Analisando a importância da leitura de monografias (etnografias), evidencia que estas não são resultado simplesmente de “métodos etnográficos”; mas também formulações teórico-etnográficas. Etnografia não é método; toda etnografia é também teoria, afirma a antropóloga: “Se é boa etnografia, será também contribuição teórica; mas se for uma descrição jornalística, ou uma curiosidade a mais no mundo de hoje, não trará nenhum aporte teórico”²⁴ (p. 383). Fazendo uma extrapolação para as pesquisas qualitativas na SC, descrições, relatos, entrevistas, grupos focais, etc. são ciência quando possibilitam investimentos teóricos consistentes.

2. Os fenômenos de saúde e doença são complexos e a tarefa consiste, entre outras ações, em entendê-los como processos que envolvem subjetividade e a inserção no mundo do doente, com suas materialidades e interpretações. Esses processos são políticos, porquanto coletivos e sociais; poderíamos também dizer que são micropolíticos e envolvem relações de poder. A tarefa do pesquisador é realizar aproximações das culturas e dos conhecimentos dos Outros, às formas de elaborar e conviver com as enfermidades. A tarefa é difícil, pois implica aprender com o Outro em sua diferença e não emular conhecimentos anteriores, geralmente adquiridos da Biomedicina.

3. A produção das Ciências Sociais se faz no sentido da compreensão e interpretação dos fenômenos da vida; do adoecimento; e da morte, sempre em sua relação com a cultura, com a sociedade, com os outros: com a diferença interpeladora do outro. Seu paradigma não inclui, necessariamente, 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 das ciências da vida.

Pesquisas nas Ciências Sociais na saúde não resultam, obrigatoriamente, em intervenções diretas, imediatas. Sua contribuição se dá de outras maneiras. Analisando o papel da Antropologia em um projeto de prevenção à gravidez e às DST/Aids e a ação do antropólogo em um serviço público de atenção ao adolescente, Jeolás²⁵ chama a atenção para não transformarmos a nossa busca de conhecimento do Outro em discurso reificado. A autora alerta que as formas de intervenção na Antropologia são complexas e muitas vezes há um processo de mediação com os interlocutores da pesquisa. A atuação do antropólogo não objetiva resolver os problemas identificados, apesar de a pesquisa poder auxiliar em políticas públicas ou em futuras formas de intervenção. De qualquer maneira, diagnósticos socioculturais, elaborados a partir de etnografias, resultam em um conhecimento aprofundado de nossos interlocutores e não são relações de causa-efeito ou facilmente mensuráveis. Podem funcionar como recursos para uma compreensão das pessoas com quem conversamos mais próxima da realidade destas, menos estereotipada e que contribua para pensar situações semelhantes.

4. Nas investigações, o pesquisador é o instrumento da pesquisa. Isso não significa uma imersão no terreno de subjetividades, mas sim que a pesquisa ocorre no campo intersubjetivo, pois as investigações são sempre negociadas com os nossos interlocutores. O resultado da pesquisa é fruto dessa negociação e, como adiantamos, da relação com as teorias com as quais conversamos. Há então um processo de tradução. O pesquisador

coloca em perspectiva teorias (acadêmicas, com as quais estamos acostumados a lidar nas universidades) e as formulações sobre adoecimento e cura dos interlocutores. No caso da experiência antropológica, como nos mostra Oliveira²⁶, a disciplina condiciona as possibilidades de observação e de textualização sempre de acordo com um horizonte que lhe é próprio. Passando pelas etapas de constituição do conhecimento da pesquisa empírica (o Olhar, o Ouvir e o Escrever), o autor apresenta como as relações entre pesquisador e pesquisado são mediadas por referenciais teóricos²⁶.

5. Quando afirmamos que estudamos saúde e doença como fenômenos sociais, estamos tentando entender o que as pessoas definem como social ou cultural. Da mesma forma que o investigador (antropólogo, sociólogo...), os nossos interlocutores são agentes teóricos. O desafio atual, talvez, seja menos indicar (contabilizar) as relações sociais que constituem uma enfermidade, por exemplo, e mais perguntar como as pessoas pensam a doença e adoecimento (risco, vulnerabilidade, entre outros). Diferentemente de certo tipo de gestor, que busca adequar uma determinada realidade a uma concepção de saúde considerada antecipadamente como correta, o que interessa para as CSHS é tentar compreender quais são as concepções de saúde das pessoas com as quais convivemos durante a pesquisa.

6. A questão, pois, não é simplesmente se valer das definições da Biomedicina (sobre as definições de doença e de saúde) e verificar as manifestações sociais (ou culturais) que se desenrolam em torno dela. Trata-se de um processo intenso de tradução e negociação entre saberes (como os da Biomedicina, saberes dos interlocutores, etc.). Por exemplo: a Antropologia procura entender os processos de saúde e doença como experiências particularizadas, contextualizadas e marcadas pela subjetividade da experiência vivida. De tal modo, a pesquisa sobre saúde em Antropologia busca a subjetividade e os impactos específicos dos contextos locais nos processos de saúde e doença – objetivos bem distantes de certos tipos de conhecimentos que descontextualizam a doença e a concebem como estado e processo universais.

Pois bem, até agora, sublinhamos as especificidades e os conflitos de produzir na SC, como dizíamos, uma área de profusão de disciplinas. Todavia, há potencialidades nesse campo de atuação e nessa forma, por vezes confusa, de encontro entre disciplinas. Abordaremos esse aspecto na próxima seção.

Potencialidades

Para quem atua na SC, talvez o primeiro potencial seja a necessidade de sempre abrir-se a outras formas de conhecimento: não há como atuar de outra maneira, pois, como vimos até aqui, somos continuamente interpelados pelas áreas e subáreas. Qualquer reunião de um programa de pós-graduação em SC compõe-se de sociólogos, antropólogos, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, médicos, entre outros. Nos debates que ocorrem nessas reuniões ou mesmo nas disciplinas em comum que ministramos, temos que chegar a acordos (mesmo que provisórios) de como proceder; do que e como ensinar; e sobre conteúdos imprescindíveis. Tais acordos e conversações só podem ter algum êxito se deixamos claros os pontos de quem está enunciando, mesmo para os que não compartilham da linguagem disciplinar.

Depois de um tempo nesses procedimentos, mais ou menos dialógicos, internalizamos esse processo e sempre pensamos questões como estas: como alguém da Epidemiologia leria o conceito de social, de sociedade ou de cultura? Como ouvir e aprender com outras áreas? Como escrever para periódicos nem sempre afeitos a debates e formas discursivas mais “qualitativas”? Certamente que os conflitos são cansativos e os poderes obstam o conhecimento, mas o imperativo de que pensar deve ser sempre uma tarefa de negociação (com os pares que pensam e usam metodologias diferentes e outros conceitos; e com nossos interlocutores que, como vimos, pensam o social diferentemente) nos leva a ter o imperativo de elaborar mais o que pensamos e falamos. Dito de forma direta: estamos constantemente em processos de tradução.

Por fim, como já assinalado, as CSHS se localizam à margem dos saberes considerados mais objetivos (como a Biomedicina). No entanto, como a literatura decolonial vem apontando, estar na condição de poder e de hegemonia limita a imaginação²⁷. A imaginação, todavia, é fundamental para o pensamento. Estar à margem nesse campo pode ser cansativo, mas nos dota de imaginação e de capacidade de pensar de outra forma, de outro jeito. E, assim, multiplicar.

Por falar em imaginação, na próxima seção buscaremos assinalar algumas provocações, sem qualquer intenção de sermos exaustivos ou de chegar a algum desfecho aos problemas apresentados.

Provocações

As Ciências Sociais vêm se transformando nas últimas décadas. Algumas das novidades (como temas, abordagens teóricas, etc.) estão sendo incorporadas na SC, mesmo que ainda timidamente. Um exemplo seria a sociologia ou a antropologia da ciência, que só recentemente vêm sendo introduzidas na SC. Esse exemplo é importante, pois, nesse caso, as práticas científicas são colocadas sob reflexão, já que a Biomedicina se torna algo a ser investigado, e não dada *a priori* de uma pesquisa. A questão não é apenas se valer das definições biomédicas de doença (tuberculose, câncer, etc.), mas como a própria doença foi surgindo, como a Biomedicina se acercou e quais as materialidades envolvidas. Não se trata de uma “construção social da doença”, mas sim de mostrar como cientistas, laboratórios, exames, empreendimentos clínicos, etc. vão performando certa enfermidade²⁸. Nesse caso, dentro da SC, tais abordagens deveriam ser percebidas como frutíferas. No entanto, escuta-se aqui e acolá certa cautela, talvez dada pelo deslocamento: a ciência (a Biomedicina) tornando-se objeto de reflexão.

Pensando nesse movimento, podemos lembrar a história narrada por Ed Cohen²⁹, cujos textos abarcam discursos considerados filosóficos, econômicos, políticos, historiográficos, etnográficos, biológicos e médicos. No livro “A Body Worth Defending: Immunity, Biopolitics, and the Apotheosis of the Modern Body”, Ed Cohen interroga o afastamento entre ideologia médica e militar. O livro aborda as noções contemporâneas de imunologia. O autor disserta sobre como Élie Metchnikoff encadeou os eventos que propiciaram a descoberta, em 1881, da imunidade como autodefesa e apresenta a imunidade como uma metáfora complexa que liga a ciência biológica à política e à defesa do Estado.

Cohen vai mostrando como surgiu uma nova visão daquilo que entendemos hoje por imunidade. Isso não quer dizer, evidentemente, que estejamos aqui tratando a ciência como ideologia, uma vez que, como vive ressaltando Latour³⁰, cientistas não vivem em um mundo de ideias, mas, sim, em um universo de coisas animadas, como microscópios, células e larvas. Nada mais longe de um construcionismo apressado que a obra de Cohen (ou do que estamos tentando apresentar nesta exposição). Ao contrário, historicizar o surgimento das noções de imunologia permitiu lembrar que a imunidade biológica, tal como a conhecemos hoje, não existia até o final do século XIX. Tampouco existia a premissa de que o organismo defende a si mesmo nos níveis molecular e celular. “Imunidade” foi um conceito legal inventado na Roma Antiga e por quase dois séculos serviu quase unicamente para fins políticos e legais. A noção de “autodefesa” também se originou em um contexto jurídico-político, emergindo quando Thomas Hobbes a definiu como o primeiro direito natural. Entre 1880 e 1890, a Biomedicina funde esses dois processos políticos, criando uma função vital – defesa de imunidade. No livro “A body worth defending”, Cohen²⁹ revela essa trama desconhecida: as assunções políticas, econômicas e filosóficas sobre o corpo humano que a Biomedicina incorpora quando escolhe a “imunidade” para salvaguardar a vulnerabilidade do organismo vivo. Ele vai mostrando, no decorrer do livro, que, ao adotar a ideia de imunidade como defesa exclusivamente, a Biomedicina naturaliza o indivíduo como foco privilegiado para identificar e tratar as doenças, assim como desvalorizar e obscurecer a cura situada no contexto das comunidades.

Não só a imunidade, mas outros temas nos interpelam, tais como os que compuseram o dossiê Corpo, saúde e materialidades, da Revista Saúde e Sociedade^{28,31-34}, talvez o primeiro desse gênero em revistas de Saúde no Brasil. O dossiê trata da circulação, apropriação e mercantilização de biomatérias-primas; da genealogia do sistema brasileiro de ética em pesquisa; da doença de Alzheimer e o lugar da diferença na produção neurocientífica; de corpos imunológicos, produzidos a partir dos transplantes de coração e corpos biônicos em seus arranjos com corações artificiais; e de encontros interepistêmicos e as desestabilizações que produzem nas universidades.

Tais abordagens nos fazem indagar: como pensar a SC sem ter a Biomedicina no eixo central, balizando as pesquisas (inclusive as ditas sociais)? Como deveríamos reinventar nossa linguagem para que possamos trabalhar com densidade, mas em confluência com outros saberes e ciências?

Um aspecto a se destacar seria o dos temas que trabalhamos na SC, mais especificamente, nas CSHS. A análise da produção bibliográfica em CSHS publicada pela Revista Interface no período de 1997 a 2017 apresentou os seguintes temas: saúde mental, envelhecimento, doenças infectocontagiosas, gênero, saúde reprodutiva e teórico-conceitual como os mais presentes, evidenciando preocupações com problemas contemporâneos da sociedade brasileira, de relevância social e comprometimento político com as transformações e mudanças ocorridas no plano do cuidado tanto em saúde quanto em políticas públicas. Apontamos também, de forma crítica, a pouca expressão de determinados temas de pesquisa, tais como: corpo; doenças crônicas; juventude; deficiência; bioética; desigualdade social; morte; terapias alternativas e complementares; genética; biotecnologia; medicalização

e neurociência. Observamos, na época, ausência de estudos sobre as questões do meio ambiente e sobre as doenças negligenciadas e as emergentes⁵. Uma rápida busca nos últimos anos na Revista Interface (2018-2022) evidencia ainda a tímida inserção de temas como religião; populações indígenas e quilombolas; populações que vivem em áreas rurais; e uso de metodologias de pesquisa virtuais e o estudo de redes sociais. Contudo, a questão não se resume somente a temas importantes atualmente, mas também sobre uma possível ampliação de fronteiras no campo de atuação da SC.

Ainda vivendo as repercussões de uma pandemia, é importante que o campo se abra para novas abordagens, pois alguns desses temas são incontornáveis nos dias de hoje. Questões sobre o meio ambiente, a crise climática, a poluição, a superada dicotomia natureza-cultura, o aquecimento global, os desastres ditos naturais, a perda da biodiversidade, a concentração de riqueza/extrema desigualdade social e a destruição da vida do planeta/ catástrofe ecológica são apontados por Santos³⁵ como temas iminentes. Pensar, outrossim, ecologia ou problemas ambientais não para reforçar a separação do humano e meio ambiente (como entidades separadas); em realidade, os problemas ambientais desafiam-nos a imaginar as CSHS longe da sombra antropocêntrica que a constitui³⁶. Sem esse antropocentrismo, que caracteriza as ciências sociais modernas, como seriam nossas investigações? Como alcançar conhecimentos relevantes sem o diálogo prometido, por exemplo, pelo campo da SC? Quais outros saberes deveremos incorporar?

Pensar tais abordagens nas CSHS e na SC requer o enfrentamento dos novos desafios teórico-metodológicos. Se os temas emergentes cobram soluções complexas e essas divisões não permitem dar todas as respostas necessárias, seria possível então abolir (ou mitigar) a separação entre metodologias qualitativas e quantitativas? Conseguiríamos manter o diálogo dentro das áreas clássicas da SC sem gerar novas fragmentações? Seria pertinente o diálogo com outras áreas do conhecimento? Estariam elas abertas ao diálogo? Porquanto, tais movimentos e aproximações evocariam repensar as disciplinas, as formas de colocar as hierarquias e as relações de poder. Que novas fronteiras seriam criadas e quais os seus limites?

Por fim, o que consideraríamos como próprio da SC, que precisaria ser mantido, em uma possível abertura para outras áreas e disciplinas? A SC é um campo de saberes e práticas que surgiu em um contexto histórico de ditadura militar, com relações muito próprias com o Estado e a sociedade civil, com produção de conhecimentos científicos e na esfera da produção de serviços de atenção à saúde, no interior do SUS¹¹. Há um forte compromisso com a democracia, com os direitos humanos e com a universalidade no cuidado à saúde. Em que pesem todos os ataques à democracia, ao SUS, aos direitos humanos³⁷, entre outros, trata-se de uma área que tem fortes repercussões nas políticas públicas, na ciência e na sociedade. Enfim, a questão então é imaginar formas inauditas de redes de colaboração e coalizões nesse processo de conhecer o real e intervir sobre ele³⁶.



Notas finais

Neste texto, apresentamos limites, potencialidades e desafios para as CSHS, imaginando que as transformações de uma área podem mudar todo o campo da SC. Embora em tom mais provocativo, buscamos colocar questões que nos afetaram e nos afetam na nossa trajetória e acreditamos que sejam de algum interesse para quem atua e pensa a saúde no Brasil.

Os desafios são enormes e nos colocam mesmo a necessidade de repensar a noção de CSHS, indagar sobre a linguagem que estamos construindo e sobre o que podemos fazer. Não podendo permanecer como antes, pois a vida está nos levando a outras indagações, e não podendo manter nossas convenções, por serem improfícuas ou arcaicas para compreender o real e o advir, cabe-nos reformular nossos conceitos e pensar que, como nos ensinou Isabelle Stengers³⁸, outra ciência é sempre possível. Assim, se trabalharmos nossa imaginação, outra SC será possível e já está anunciada. Como disse certa vez a primeira mulher astrônoma profissional dos Estados Unidos, Maria Mitchell, prefigurando um dos dilemas das ciências modernas: “Precisamos especialmente de imaginação na ciência. Nem tudo é matemática, nem tudo lógica, mas é um pouco de beleza e poesia”³⁹ (p. 186).



Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Pedro Paulo Gomes Pereira é bolsista de produtividade CNPq.

Agradecimentos

Agradecemos a Cassio Silveira, pelas generosas sugestões com sua experiência sobre o campo da Saúde Coletiva.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Lilia Blima Schraiber

Submetido em

11/08/22

Aprovado em

29/08/22

Referências

1. Butler J. *Undoing Gender*. New York: Routledge; 2004. Can the “Other” of Philosophy Speak?. p. 232-50.
2. Ferreira J, Brandão ER. Desafios da formação antropológica de profissionais de Saúde: uma experiência de ensino na pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170686. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.170686>.
3. Russo JA, Carrara SL. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva - com especial referência à Antropologia. *Physis*. 2015; 25(2):467-84.
4. Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis*. 2005; 15(1):13-38.
5. Martin D, Montanari PM, Pereira PPG, Hamburger FG, Silveira C. As contribuições das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva: vinte anos da revista *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1029-42. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0219>.
6. Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5 Supl 1:43-55.
7. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad Saude Publica*. 1993; 9(3):239-62.
8. Nunes ED. A importância das pesquisas em ciências sociais e humanas para a saúde coletiva. In: Guerriero ICZ, Schimdt MLS, Zicker F, organizadores. *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. Vol. 1, p. 25-43.
9. Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003 [citado 22 Nov 2021]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510.pdf>
10. Loyola MAR. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. *Saude Soc*. 2012; 21(1):9-14.
11. Schraiber LB. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Vol. 1, p. 33-57.
12. VICTORA CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
13. Bosi MLM, Martinez FM. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004. Vol. 1.
14. Barata RB. A Abrasco e a Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Cap. 8, p. 169-98. doi: <https://doi.org/10.7476/9788575415900.0010>.
15. Loyola MAR. A saga das ciências sociais na área da saúde coletiva: elementos para a reflexão. *Physis (Rio J)*. 2008; 18(2):251-75.
16. Canesqui AM. *Ciências sociais e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2011.
17. Minayo MCS. Herança e promessas do ensino das Ciências Sociais na área da Saúde. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(12):2367-72.



18. Marsiglia RMG. Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. *Saude Soc.* 2013; 22(1):32-43.
19. Martin D. Riscos na prostituição: um olhar antropológico. São Paulo: Humanitas; 2003.
20. Almeida Filho N. Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus; 1989.
21. Knauth DR, Leal AF. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):457-67.
22. Gomes MHA, Martin D, Silveira C. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):469-77.
23. Gomes MHA, Silveira C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(1):160-5.
24. Peirano M. Etnografia não é método. *Horiz Antropol.* 2014; 20(42):377-91.
25. Jeolás LS. Possibilidades de intervenção: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde. *Polit Trab.* 2004; 20:97-116.
26. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo. São Paulo: Editora Unesp; 2006. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever; p. 17-35.
27. Segato RL. Brechas descoloniales para una universidad nuestroamericana. *OJC.* 2012; 1(1):43-60.
28. Pereira PPG. Corpo, saúde e materialidades. *Saude Soc.* 2022; 31(2):1-6.
29. Cohen E. *A body worth defending: immunity, biopolitics and the apotheosis of the modern body.* Durham: Duke University Press; 2009.
30. Latour B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica.* São Paulo: Editora 34; 2013.
31. Marini M, Monteiro M, Slatman J. Multiplicidade e instabilidade ontológica nos corações não-humanos. *Saude Soc.* 2022; 31(2):e220045pt.
32. Guimarães C. “Eu sou a força de puxar”: o encontro interepistêmico com Maria Luiza Marcelino, mestra quilombola e umbandista. *Saude Soc.* 2022; 31(2):e220047pt.
33. Souza ER, Monteiro M, Gonçalves FR. Doença de Alzheimer, gênero e saúde: reflexões sobre o lugar da diferença na produção neurocientífica. *Saude Soc.* 2022; 31(2):e220048pt.
34. Castro R. Ensaio clínico, movimentos sociais e bioativismos: notas para uma (outra) genealogia do sistema brasileiro de ética em pesquisa. *Saude Soc.* 2022; 31(2):e220055pt.
35. Santos BS. *A cruel pedagogia do vírus.* Coimbra: Almedina; 2020.
36. Marras S. Por uma antropologia do entre: reflexões sobre um novo e urgente descentramento do humano. *Rev Inst Estud Bras.* 2018; 69:250-66.
37. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet.* 2019; 394(10195):345-56.
38. Stengers I. *Une autre science est possible! Manifeste pour un ralentissement des sciences.* Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond/La Découverte; 2013.
39. Mitchell M. *Maria Mitchell: life, letters, and journals.* Boston: Lee & Shepard; 1896.



This essay analyzes the conflicts and potential of social sciences and humanities in health (SSHH) in the field of public health and the challenges of acting in an interdisciplinary area. We present some of the particularities of SSHH, dialoguing with internal tensions and then go on to problematize qualitative methodologies and their use in public health research, maintaining a dialogue with the other areas. Finally, we reflect upon the outlook for SSHH and possible theoretical and methodological pathways that would broaden the cross-cutting nature of the area. Rethinking relations between areas prompts reflection on a possible and timely reconfiguration of public health. The challenges give rise to the need to rethink the notion of SSHH, question the language we are constructing, and ask what we can do.

Keywords: Social sciences and humanities in health. Epistemologies. Public health. Interdisciplinarity.

Este ensayo analiza conflictos y potencialidades de las Ciencia Sociales y Humanas en Salud (CSHS) en el campo de la Salud Colectiva y los desafíos de actuar en un área interdisciplinaria. Inicialmente, presentamos algunas particularidades de las CSHS, dialogando con tensiones internas. A continuación, las metodologías cualitativas y sus usos en las investigaciones de Salud Colectiva se problematizan, manteniendo un diálogo con las demás áreas. Finalmente, presentamos una reflexión sobre las perspectivas futuras de las CSHS y posibles caminos teóricos-metodológicos que profundizarían la transversalidad del área. Repensar las relaciones entre las áreas provoca una reflexión sobre una posible y oportuna reconfiguración de la propia Salud Colectiva. Los desafíos nos plantean la oportunidad de repensar la noción de CSHS, de indagar sobre el lenguaje que estamos construyendo y sobre lo que queremos hacer.

Palabras clave: Ciencias Sociales y Humanas en Salud. Epistemologías. Salud Colectiva. Interdisciplinarietà.

Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde

Social markers of difference, intersectionality and collective health: Necessary dialogues for health teaching

Renata Mourão Macedo¹, Thamires Monteiro de Medeiros¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449507P

RESUMO Com foco no ensino em saúde, o objetivo do texto é apontar a aplicabilidade dos acúmulos teóricos dos marcadores sociais da diferença e da interseccionalidade para a compreensão de processos de cuidado, saúde, adoecimento e vulnerabilização. A partir da experiência docente em uma graduação em medicina, discute-se como a perspectiva de análise articulada dos marcadores sociais da diferença complexifica a compreensão da determinação social da saúde e se aplica à realidade da formação em saúde brasileira. O artigo está organizado em duas partes. Na primeira, discute-se a importância dos marcadores sociais raça e gênero, bem como da perspectiva interseccional, para pensar a constituição de corpos e sujeitos diversos. Já na segunda parte, focaliza-se o diálogo com o campo da saúde coletiva, destacando políticas do Sistema Único de Saúde que mobilizam marcadores sociais e retomando pesquisas brasileiras que elucidam a importância do tema para o ensino em saúde. Assim, por meio de perspectiva transdisciplinar na interface entre ciências sociais e saúde coletiva, o artigo busca contribuir para a organização desse amplo debate que, especialmente a partir de 2010, tomou corpo no Brasil e busca avançar para uma formação em saúde mais comprometida com a equidade, a diversidade e os direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE Ensino. Educação. Saúde pública. Ciências sociais.

ABSTRACT *Focusing on health teaching, the objective of the text is to point out the applicability of theoretical accumulations of social markers of differences and intersectionality for understanding processes of care, health, illness and vulnerability. Based on teaching experience in an undergraduate medical course, it discusses how the perspective of articulated analysis of social markers complicates the understanding of the social determination of health and applies to the reality of Brazilian health training. The article is organized into two parts. The first discusses the importance of race and gender, as well as the intersectional perspective, to think about the constitution of diverse bodies and subjects. The second part focuses on direct dialogue with the field of collective health, highlighting Unified Health System (SUS) policies mobilize social markers and resuming Brazilian research that elucidates the importance of such debate for health teaching. Thus, through an interdisciplinary perspective at the interface between social sciences and collective health, the article seeks to contribute to the organization of this debate that, especially since 2010, has taken shape in the Brazil and seeks to advance towards health training that is more committed to equity, diversity and human rights.*

KEYWORDS *Teaching. Education. Public health. Social sciences.*

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) – São Paulo (SP), Brasil.
renatagmourao@hotmail.com



Introdução

Quando acessam os serviços de saúde, pessoas são recebidas e tratadas da mesma maneira, independentemente de sua identidade de gênero¹? As doses de analgesia para o manejo do parto são dadas em iguais quantidades para mulheres negras e brancas²? Ao chegar em um hospital de referência para câncer de mama, mulheres brancas e negras apresentam diferenças prévias no estadiamento clínico³? Epidemias de dengue ou Zika vírus, difundidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, afetam igualmente as pessoas ou apresentam desigualdades interseccionais de classe social, gênero e raça⁴? Essas diferentes perguntas são respondidas por pesquisas contemporâneas na interface entre ciências sociais e saúde coletiva, que demonstram a importância de se compreender os processos de saúde-doença-cuidado a partir da perspectiva dos marcadores sociais da diferença, e sobre como eles são produzidos na realidade social e histórica brasileira.

Este artigo é escrito de uma perspectiva transdisciplinar, em que duas professoras da área de saúde coletiva de uma faculdade privada sem fins lucrativos, atuando na graduação em medicina, buscaram sistematizar tais reflexões com vistas a contribuir para o ensino na área da saúde. Ao abordar a temática, percebe-se a aplicabilidade do debate às demais disciplinas que compõem o campo da saúde, no desempenho de saberes e práticas que têm por intervenção a vida humana e/ou de seus grupos: um *locus* de inevitável interação com marcadores sociais e suas interseções. A partir de diferentes áreas de formação, pesquisa e de nossas marcações sociais (uma de nós, enfermeira sanitária, e a outra, antropóloga – ambas mulheres brancas e cisgênero), temos percebido a importância formativa da análise articulada dos marcadores sociais da diferença na saúde. Assim, o objetivo deste texto é contribuir para a organização deste amplo debate, que, especialmente a partir dos anos 2010, tomou corpo no Brasil e busca avançar para uma formação em saúde mais

diversa, comprometida com a equidade, com as demandas de saúde da população e com os direitos humanos em um país marcado por profundas desigualdades.

No campo da saúde coletiva, a perspectiva da determinação social da saúde, que ganhou força a partir dos anos 1970, cada vez mais, passou a focalizar e complexificar a causalidade social dos processos de saúde-doença, inserindo sua compreensão em estruturas mais amplas de produção e reprodução social⁵. Em vez da centralidade do modelo biomédico e hospitalocêntrico, a perspectiva da determinação social dos processos saúde-doença buscou

[...] reconhecer como as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença⁶⁽⁸⁴⁷⁾.

Tal perspectiva, fundamental para avançar na compreensão multicausal dos processos de adoecimento, comumente se detinha nas desigualdades econômicas, priorizando classe social e trabalho como eixos centrais de análise e intervenção. Conforme se discutirá neste artigo, por meio da análise interseccional, pode-se compreender como as desigualdades econômicas e de classe social se produzem em articulação com marcadores sociais como raça/cor, gênero, sexualidade, geração e deficiência, que também se constituem como eixos fundamentais para a compreensão dos processos saúde-doença-cuidado. Assim, argumenta-se que uma formação em saúde comprometida com a equidade, a diversidade e os direitos humanos deverá abordar diferentes marcadores sociais da diferença, por meio de metodologias variadas a serem trabalhadas dentro e fora das salas de aula nos cursos de graduação.

O artigo está organizado em duas partes. Na primeira parte, discute-se a importância dos marcadores sociais raça e gênero, bem como da perspectiva da interseccionalidade,

para pensar a constituição de corpos e sujeitos diversos na sociedade brasileira. Já na segunda parte, focaliza-se o diálogo entre as ciências sociais e a saúde coletiva, destacando políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) promulgadas a partir da década de 2000 que mobilizam os marcadores sociais da diferença gênero, sexualidade, raça/cor e etnia. Também se retomam pesquisas brasileiras recentes que elucidam a importância desse debate para o ensino em saúde.

Marcadores sociais da diferença e interseccionalidade pensados a partir de raça e gênero no Brasil

De maneira inicial, podemos compreender os marcadores sociais da diferença como uma ferramenta teórico-conceitual que abarca categorias classificatórias tais como gênero, orientação sexual, classe social, geração, raça, etnia e deficiência, que, em relação, produzem diferenças e desigualdades nas trajetórias de indivíduos e grupos em diferentes contextos históricos e culturais⁷⁻⁹. Assim, marcadores sociais podem ser definidos como

uma maneira de designar como diferenças são socialmente instituídas e podem conter implicações em termos de hierarquia, assimetria, discriminação e desigualdade⁷⁽¹⁰⁾.

É importante salientar que, nessa perspectiva, tais marcas não são compreendidas como atributos biológicos ou inatos dos sujeitos, mas, sim, em termos históricos, políticos e sociais.

Nesse debate, para além da temática fundamental da diversidade e da diferença, importa compreender a problemática central dessas marcas sociais: como produzem desigualdades. Para entender esse desdobramento de ‘diferença’ em ‘desigualdade’, torna-se necessário compreender como essas diferenças

são produzidas, como estão imbricadas e como se constituem mutuamente, produzindo desigualdades interseccionadas¹⁰⁻¹⁴. Nas palavras de Collins e Bilge¹⁰⁽¹⁸⁾, “as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes”. Ao contrário, trata-se de compreender como as relações de poder atribuídas às pessoas e suas experiências “são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente”¹⁰⁽¹⁸⁾. Assim, focalizando os diferentes processos de saúde-doença-cuidado, torna-se necessário compreender como marcadores sociais da diferença como classe, raça, gênero, sexualidade, geração, deficiência, entre outros, interseccionam-se e reproduzem cotidianamente desigualdades estruturais de acesso, prevenção, atendimento, tratamento, diagnóstico e educação em saúde para diferentes grupos populacionais. Ou seja, como, no cotidiano, os marcadores sociais da diferença não estão separados, mas como se interseccionam na vida de diferentes pessoas e grupos populacionais.

Olhando para o caso brasileiro por essas lentes, observa-se como diferentes direitos sociais – educação, trabalho, moradia, alimentação, saúde e lazer – não são vivenciados da mesma maneira por grupos populacionais diversos, conforme categorias de gênero, sexualidade, raça/cor, classe social etc. Por exemplo, com relação ao mercado de trabalho, segundo dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), no segundo trimestre de 2022, enquanto homens brancos receberam, em média, rendimentos de R\$ 3.708, as mulheres brancas receberam R\$ 2.774, os homens negros R\$ 2.142, e as mulheres negras R\$ 1.715¹⁵. Apesar do rendimento médio ser baixo no Brasil, ainda assim as mulheres negras ocupavam o último lugar nesse sistema de estratificação social. Tais desigualdades foram produzidas historicamente por meio de um complexo sistema colonial, mas seguem sendo reproduzidas cotidianamente no País, o qual apresenta taxas altamente estáveis de concentração de renda

entre o 1% mais rico da população, ao longo de décadas¹⁶.

A construção da categoria ‘raça’ é fundamental para a compreensão das desigualdades estruturais brasileiras. A exploração econômica do Brasil desde sua colonização foi sustentada pela escravização de povos originários e de povos oriundos da África, que contou com o maior sistema organizado de tráfico humano de que se tem registro na história, resultando em uma barbárie de quase 400 anos¹⁷.

A escalada dessa exploração teve por base um processo de marcação social de diferenciação racial produzido pelo discurso colonizador, o qual buscou destituir a pessoa indígena e africana do estatuto de humanidade. O branco europeu, mesmo tendo sido o responsável pelas barbáries das colonizações, produzia, por sua parte, características raciais supervalorizadas. Aos primeiros, uma suposta ausência de estatuto político, intelectual, ético e estético; aos segundos, justamente, uma supervalorização desses atributos^{18,19}.

Conforme questiona Nascimento¹⁷⁽²⁶⁶⁾, caberia analisar por meio de qual fenômeno foi possível que europeus brancos escravizassem outros seres humanos “com uma brutalidade sádica sem precedentes na história”. A produção econômica no período colonial, nunca minimamente reparada, estruturou heranças para brancos, negros e indígenas no Brasil, no formato de riquezas para os primeiros e desvantagens estruturais para os segundos, como a ausência de terra, renda ou oportunidade de trabalho digno pós a abolição da escravatura^{17,18,20}. Os marcadores de classe e raça se imbricam inevitavelmente nessa forma de estruturação produtiva no Brasil.

Com a ascensão do racismo científico, no final do século XIX e início do século XX, o discurso da diferenciação racial migrou para a ciência. Médicos e antropólogos procuraram validar, a partir de parâmetros antropométricos, a diferenciação racial para reforçar a suposta superioridade da raça branca²¹. A partir dos anos 1930, novas narrativas sobre as desigualdades raciais brasileiras passaram

a anunciar ‘características positivas’ da miscigenação, na medida em que promoveria uma suposta ‘harmonia racial’ e, portanto, um país livre do racismo. O que veio a se chamar ‘mito da democracia racial’, difundido a partir da obra de Gilberto Freyre, entre outros autores, tem sido exitoso em mascarar a brutal desigualdade racial no Brasil expressa em dados sobre renda, escolaridade, acesso a serviços, e mesmo do direito à vida^{14,22,23}.

O processo de apagamento das desigualdades raciais se sustenta, também, a partir da ideia de ‘mérito’. A justificativa sobre o acesso a bens materiais e simbólicos como resultado do esforço estritamente individual busca apagar a historicidade sobre como o marcador racial branco garante inevitavelmente mais acesso a esses bens, produzindo desigualdade racial. Dessa forma, a omissão ou

[...] a distorção do lugar do branco na situação das desigualdades raciais no Brasil tem um forte componente narcísico, de autopreservação, porque vem acompanhado de um pesado investimento na colocação desse grupo como referência da condição humana¹⁸⁽³⁰⁾.

O olhar para esse processo histórico é revelador das desigualdades em saúde enfrentadas no presente. De acordo com artigo publicado na revista ‘The Lancet Global Health’ por equipe da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2022, crianças indígenas apresentavam 14 vezes mais chances de morrer por diarreia do que as de outros segmentos raciais²⁴. Esse mesmo risco era 72% maior entre crianças nascidas de mães pretas, quando comparado com as chances em crianças de mães brancas. Quando pensado em causas acidentais para a mortalidade, as crianças filhas de mães pretas apresentaram 37% mais riscos de morrerem do que as de mães brancas²⁴.

Assim, se a categoria raça é estruturante da formação da sociedade brasileira, o campo da saúde não escapa a essa marcação. Os sujeitos de suas práticas e sua história se inserem na estruturação racial do Brasil. E, sendo assim,

cabem os seguintes questionamentos: como o marcador racial determina, também, a formação em saúde no Brasil? Nossas instituições têm sido capazes de reconhecer as marcações raciais do campo da saúde?

O ensino da história das práticas de saúde, por exemplo, tem reproduzido uma narrativa hegemônica que enuncia uma medicina europeia que adentra o Brasil acentuadamente no início do século XIX, a partir de interações entre a medicina colonial ocidental e a moderna, suavizando aspectos dos epistemocídios e das marcas coloniais de diferenciação que permearam a construção desse campo no Brasil²⁵. Conhecimentos indígenas e afro-brasileiros, frequentemente enquadrados como ‘conhecimentos outros’, fundamentais para produção do saber em saúde e para a sobrevivência e resistência desses grupos populacionais, sofreram tentativa de apagamento da história oficial da medicina. Ou seja, há uma marcação racial que permeia o ensino em saúde e que têm validado o racismo epistêmico a partir do entendimento de conhecimentos tidos como válidos, que são aqueles marcadamente de herança branca e europeia.

A formulação sobre a produção da categoria ‘raça’ e como ela se imbrica com a produção de desigualdades em saúde no Brasil é aqui apenas um dos aspectos, muito resumido, sobre como os processos de diferenciação são complexos e se engendram a padrões de exploração econômica e de produção do conhecimento. Conforme afirma Kabengele Munanga²⁶⁽⁵²⁾,

[...] sabemos todos que o conteúdo da raça é social e político. Se para o biólogo molecular ou o geneticista humano a raça não existe, ela existe na cabeça dos racistas e de suas vítimas.

Paralelamente aos debates sobre raça enquanto marcador social da diferença, também as marcações de gênero devem ser olhadas por meio da análise histórica e social de produção de diferenças e desigualdades. A categoria gênero pode ser compreendida como um

dispositivo, constituído historicamente, que posiciona vivências e experiências de feminilidades e masculinidades entre diferentes pessoas, cisgênero, trans ou não binárias, independentemente do sexo biológico designado no nascimento^{27,28}.

No Brasil, as desigualdades de gênero foram constitutivas da noção de cidadania. Ao longo do século XIX, as mulheres no Brasil, brancas, indígenas, negras ou imigrantes, não possuíam qualquer direito à propriedade, à herança, ao voto ou ao divórcio. A tais desigualdades de direitos somavam-se outras: “a exploração da mulher negra pela mulher branca”, como nos lembra Gonzalez¹⁴⁽²⁸⁾, alertando para “o duplo fenômeno do racismo e do sexismo”, constitutivo da historicidade brasileira.

No campo da formação em saúde, as primeiras faculdades de medicina só permitiram a entrada de mulheres brancas e de elite com a Reforma Leôncio de Carvalho, em 1879. Ainda assim, foram chamadas de ‘machonas’ nos jornais da época²⁹. A Enfermagem tornou-se uma profissão exclusivamente ‘de mulheres’ na virada do século XIX para o XX. Antes, enfermeiros homens e mulheres dividiam funções, muitas vezes, assumindo a enfermagem ‘correspondente ao seu sexo’^{30,31}. À medida que foram surgindo as primeiras escolas de Enfermagem, essas passaram a recrutar apenas mulheres, em sua maioria, religiosas – caso do Hospital Samaritano, fundado em 1894, em São Paulo, que não aceitava enfermeiras casadas, e as solteiras não podiam receber visitas de ‘moços solteiros’^{30,31}. Tais características históricas de gênero se fazem presentes até a atualidade, em que a formação em enfermagem ainda concentra 83% de mulheres, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022. Nesse contexto, ressalta-se que trabalhos tradicionalmente desenvolvidos por mulheres, como o de cuidados a pessoas doentes, idosos e crianças, costumam ser menos valorizados e mais mal remunerados em comparação com atividades laborais compreendidas como ‘de homens’, como a própria medicina³², o que demanda a

compreensão sobre como, na saúde, a divisão técnica e sexual do trabalho produz e gera consequências para o cuidado e para a configuração das desigualdades³³.

Excluídas do direito ao voto na Constituição em 1891, foi apenas em 1932 que as mulheres brasileiras tiveram direitos políticos minimamente conquistados. Ainda hoje, entretanto, mulheres são minoria em todas as esferas políticas nacionais, estaduais e municipais. Com relação ao mercado de trabalho, enquanto mulheres negras e de classes populares, escravizadas ou libertas, sempre trabalharam no Brasil, foi apenas em 1962, com o chamado Estatuto Jurídico da Mulher Casada, que as mulheres conquistaram o direito de ter uma profissão sem ter que pedir autorização a seus maridos³⁴.

Com relação à violência de gênero, mulheres só tiveram proteção jurídica mais efetiva no início do século XXI, com a aprovação da Lei Maria da Penha, promulgada em 2006³⁵. Trata-se de uma legislação cujo objetivo é coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, ampliando a definição de violência para abarcar a violência física, sexual, psicológica, patrimonial e moral. Entretanto, foi apenas em 2022, por meio de uma decisão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), que a lei foi estendida para mulheres trans, fazendo a legislação valer para qualquer mulher, independentemente do sexo biológico designado ao nascer.

Para além das lutas históricas e conquistas de direitos desempenhadas por movimentos negros, feministas e LGBTQIAPN+, deseja-se destacar aqui a perspectiva da interseccionalidade, formulada especialmente a partir dos feminismos negros¹⁰⁻¹⁴. No Brasil e internacionalmente, a perspectiva interseccional ganhou destaque ao reivindicar a indissociabilidade da análise crítica de raça e gênero, entre outros marcadores sociais, por meio de análises delineadas por diferentes autoras. Conforme definição ampla proposta por Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge¹⁰⁽¹⁸⁾:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam

as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas.

A intelectual brasileira Carla Akotirene¹³ aponta que a interseccionalidade se produz como ferramenta ancestral, pois mulheres negras vêm produzindo este tipo de análise pelo menos desde o século XIX, quando Truth¹² pronunciou o discurso intitulado ‘E não sou uma mulher?’, em 1851, durante convenção dos direitos das mulheres em Ohio, nos Estados Unidos. Nessa ocasião, Truth questionava a universalidade da categoria mulher a partir de sua condição de ter sido uma pessoa negra escravizada:

Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher?¹²⁽¹⁾.

Nesse caso, entre outros exemplos mobilizados posteriormente, mulheres negras tensionaram a categoria universal ‘mulher’, expondo como esta deve ser compreendida em articulação com raça e classe, entre outros marcadores sociais da diferença, para dar conta das experiências concretas dos sujeitos. O direito ao trabalho fora do domicílio, lugar social requerido por mulheres brancas de classe média a partir de meados do século XX, havia sido historicamente imposto às mulheres negras, delineando profundas desigualdades que atravessam a categoria mulher enquanto sujeito histórico.

Nesse debate, Akotirene¹³ também sublinha a importância de não fazer da interseccionalidade uma soma de opressões ou identidades pré-fixadas. Ao contrário, segundo a autora:

A interseccionalidade impede aforismos matemáticos hierarquizantes ou comparativos. Em vez de somar identidades, analisa-se quais condições estruturais atravessam corpos, quais posicionalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas, repetidas vezes colonialistas, estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade¹³⁽⁴³⁾.

À medida que o conceito de interseccionalidade ganhou destaque nos debates acadêmicos e de movimentos sociais em diversos países a partir dos anos 2000, algumas autoras passaram a alertar para os possíveis esvaziamentos políticos de seu uso hegemônico. A antropóloga e ativista dominicana Curiel³⁶ analisa criticamente o conceito no sentido de evitar análises interseccionais que incorrem no erro de questionar pouco como as diferenças são produzidas, e, nesse sentido, oferecem uma análise empobrecida acerca da constituição de desigualdades. Curiel defende uma posição decolonial feminista, que significa entender que classificações como raça, gênero, classe e heterossexualidade são constitutivos da episteme moderna colonial; não se resumindo a simples eixos de diferenças, mas diferenciações produzidas pelas opressões, de maneira imbricada, que produzem o sistema colonial moderno³⁶.

Podemos entender, portanto, que a interseccionalidade seria insuficiente nos casos em que provoca o apagamento sobre os modos de produção das desigualdades nas conjunturas de colonialidade. Como afirma Akotirene¹³⁽³⁷⁾:

[...] frequentemente e por engano, pensamos que a interseccionalidade é apenas sobre múltiplas identidades, no entanto, a interseccionalidade é, antes de tudo, uma lente analítica, sobre a interação estrutural em seus efeitos políticos e legais.

Assim, a autora baiana destaca que, sem a radicalidade feminista negra decolonial, a

perspectiva interseccional apoiaria contradições históricas marcadas pelas diferenças e pelo silenciamento de pontos de vista.

Até aqui, abordou-se brevemente como as categorias raça e gênero se produzem e se desdobram em desigualdades estruturais. E, para fins de um artigo curto, não serão apontados outros processos de diferenciação social. A seguir, defendemos que, para que o ensino em saúde esteja comprometido com a equidade, a diversidade e os direitos humanos, torna-se fundamental aliar as discussões sobre determinação social da saúde com a articulação de marcadores sociais da diferença. Visando a contribuir para tal debate formativo, abaixo, visibilizam-se políticas públicas promovidas pelo SUS e pesquisas brasileiras recentes que explicitam a importância de trabalhar os marcadores sociais da diferença no ensino em saúde.

Diálogos necessários para o ensino em saúde: políticas e pesquisas sobre marcadores sociais da diferença em intersecção

Iniciamos este artigo com algumas perguntas sobre diferenças e desigualdades no acesso à saúde no Brasil. Todas são temas de pesquisas recentes que apontam para processos de produção de diferenças desdobradas em desigualdades, relacionadas aos marcadores sociais da diferença em intersecção. Nesta seção, por meio de perspectiva interdisciplinar na interface entre ciências sociais e saúde coletiva, destacam-se políticas públicas de saúde do SUS que mobilizam marcadores sociais da diferença, e, em seguida, retomam-se pesquisas brasileiras recentes que elucidam a importância da perspectiva interseccional para o ensino em saúde.

Vale lembrar que, no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, pactuou-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado,

resultando na implementação do SUS, regido pelos princípios da universalidade, da integralidade e da evidente necessidade da equidade para sua efetivação. Desde então, foram criadas políticas públicas, nas áreas de educação e saúde, com foco na diversidade, contando com forte apoio de movimentos sociais, levando-se em conta marcadores sociais da diferença como gênero, orientação sexual, cor/raça, classes sociais, idade e geração^{37,38}. De maneira ampla, aqui, compreendemos políticas públicas como

[...] o processo pelo qual os diversos grupos que compõem a sociedade – cujos interesses, valores e objetivos são divergentes – tomam decisões coletivas, que condicionam o conjunto da sociedade³⁹⁽¹³⁾.

Nessa perspectiva, interessa sublinhar como, apesar das controvérsias e apelos de setores conservadores, a partir dos anos 2000, foram diversas as políticas de saúde brasileiras com foco em marcadores sociais da diferença, ainda que pouco interseccionadas e, muitas vezes, negligenciadas no ensino em saúde.

Nas duas primeiras décadas dos anos 2000, destaca-se a criação das seguintes políticas públicas: Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (2002), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009, atualizada em 2013 e em 2017), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada por meio da portaria 992, em 2009, pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo priorizar “a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS”⁴⁰⁽¹⁹⁾. Ao reconhecer e

enfrentar diretamente a temática das iniquidades raciais em saúde, a política representou um grande avanço. Conforme aponta Jurema Werneck⁴¹, os dados epidemiológicos segundo raça/cor são consistentes o suficiente para

[...] indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência⁴¹⁽⁵⁴¹⁾.

Apesar da relevância da PNSIPN e da produção de três de suas versões, essa política ainda não foi implementada de forma efetiva no País. Segundo levantamento do portal Gênero e Número, com dados do IBGE, de 2018, apenas 28% dos municípios brasileiros, aproximadamente, tinham incluído a Política em seus planos de governo, e apenas 3% possuíam instâncias específicas para coordenar e monitorar ações de saúde orientadas à população negra⁴². Também nas graduações em saúde, ainda pouco se discutem tais políticas. Ainda assim, conforme demonstrado em estudos recentes, trata-se de desafios persistentes frente ao racismo estrutural vivenciado no cotidiano dos serviços de saúde públicos e privados brasileiros⁴¹.

Na perspectiva dos marcadores sociais da diferença nas políticas do SUS, também queremos destacar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, promulgada em 2011⁴³. Segundo o documento, foi a partir dos anos 1980 que as questões de saúde da população LGBT ganharam visibilidade, quando se adotaram estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids, em parceria com movimentos sociais. Conforme o texto da política, para uma compreensão efetiva da determinação social no processo saúde-doença no âmbito do SUS, é preciso reconhecer ‘todas as formas de discriminação’, incluindo a LGBTfobia e outras formas de violência ligadas a identidades de gênero e orientação sexual⁴³. Assim, no campo da saúde,

as pesquisas e intervenções sobre HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) tiveram papel fundamental ao demonstrar a relevância da intersecção de marcadores sociais da diferença como gênero, sexualidade, raça, geração e classe social na compreensão de tais processos de adoecimento e acesso aos serviços de saúde¹. Vale dizer que, especialmente a partir da década de 2010, com o avanço de setores conservadores na esfera pública brasileira, as ISTs voltaram a ser abordadas a partir de discursos centrados em pautas moralistas ou exclusivamente biomédicas, conforme registrado em pesquisas, revelando explícito retrocesso^{44,45}.

Nesse âmbito, o conceito de estigma interseccional tem se revelado uma ferramenta potente para a compreensão dos desafios presentes nas intervenções da saúde pública⁴⁶. Conforme autores, para além da necessidade de reconhecer e nomear como os diferentes sistemas de poder se entrecruzam e produzem desigualdades em saúde, é preciso que estudantes e pesquisadores da saúde apoiem ações de lideranças comunitárias, grupos de resistência e de movimentos sociais no sentido de reconhecer as desigualdades interseccionais.

Vale destacar, ainda, que a produção de tais políticas de saúde promulgadas nas décadas de 2000 e 2010 seguiu o molde de produção de políticas sociais, que, apesar de lidar com problemas que na realidade se expressam interseccionados, oferece soluções para grupos específicos, setorizando as demandas. A relevância histórica dessas políticas é inegável e resultado concreto dos esforços dos movimentos sociais negro, indígenas, quilombola, de mulheres, de pessoas LGBTQIAPN+, e reflete as condições de possibilidade de cada período histórico, gerando avanços. Entretanto, o que se tem observado atualmente é a necessidade de diálogo por políticas que sejam capazes, também, de produzir respostas mais complexas e interseccionais, bem como mecanismos efetivos de implementação, acompanhamento, investimento e avaliação.

Para elucidar como as desigualdades raciais e de gênero, de maneira interseccional, afetam a saúde de diferentes grupos populacionais brasileiros, analisam-se a seguir algumas pesquisas recentes. Inicialmente, destaca-se a pesquisa intitulada 'A cor da dor: iniquidades raciais na atenção ao pré-natal e ao parto no Brasil', em que Maria do Carmo Leal e equipe de pesquisadores² analisam dados oriundos da pesquisa 'Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento', estudo de abrangência nacional com entrevistas e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres nos anos de 2011 e 2012. A pesquisa revelou que as mulheres pretas, em comparação com as mulheres brancas, possuíam maior risco de ter um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e menos anestesia local para episiotomia. Conforme autores,

[...] particularmente perversa, ao mesmo tempo que reveladora quanto aos impactos da desigualdade de raça/cor, é a constatação quanto à menor aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados²⁽¹⁰⁾.

Tal diferencial na analgesia ainda poderia ser atribuído a percepções sociais de profissionais de saúde que, de maneira consciente ou inconsciente, reproduzem o racismo no sistema de saúde.

Outra pesquisa brasileira que demonstra a importância da análise de raça e gênero na saúde é a realizada por Rodrigues e pesquisadores³. A pesquisa analisou a associação entre raça/cor da pele e estadiamento clínico em mulheres com câncer de mama em um hospital de referência para tratamento oncológico do SUS no Rio de Janeiro. Segundo a pesquisa, mulheres autodeclaradas pretas apresentaram 63% mais chances de ter estadiamento II e III quando comparadas com as mulheres autodeclaradas brancas. A análise concluiu que mulheres pretas apresentaram mais chance de apresentar estadiamento clínico avançado quando comparadas com as brancas. Segundo pesquisadores, além de dificultar o diagnóstico

precoce, “a desigualdade racial pode aumentar o risco de adoecimento por câncer”³⁽¹⁰⁾ em função da combinação de diversos fatores decorrentes da desigualdade social.

Já a pesquisa de Carvalho⁴, sobre as políticas relacionadas à epidemia de Zika vírus no Nordeste brasileiro, destacou a importância do olhar interseccional aliado ao debate sobre racismo ambiental. Segundo Carvalho,

[...] o tratamento de esgotos, o abastecimento de água e a coleta de lixo são serviços quase universais em lares urbanos, mas estão menos disponíveis para as famílias lideradas por negras/os⁴⁽¹⁵⁸⁾.

Assim, o racismo ambiental faz com que áreas marginalizadas das grandes cidades, com populações majoritariamente negras e pobres, tendam a ter pior acesso a serviços públicos (menos escolas, hospitais, farmácias, praças e parques, espaços de lazer e cultura, iluminação pública, saneamento básico, entre outros aspectos). No contexto da epidemia do Zika vírus, em 2015 e 2016, o racismo ambiental teve consequências relevantes no direito reprodutivo de mulheres negras. Mobilizando dados epidemiológicos de 2016, Carvalho destacou como, entre as mulheres com provável infecção pelo vírus Zika com registro de raça/cor, aproximadamente 64% eram mulheres negras em idade fértil. A pesquisadora conclui: “ao contrário do que se afirma, a epidemia do vírus Zika não é democrática e não afeta a todos os grupos sociais de forma igual”⁴⁽¹⁴⁸⁾. Conclusões essas muito próximas às de estudos que analisaram a morbimortalidade na epidemia de covid-19, que demonstraram maior incidência da doença entre a população negra brasileira⁴⁷.

Diante disso, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, de 2014, no ensino em saúde

[...] o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica,

subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social⁴⁸⁽¹⁾.

Trata-se, assim, de um compromisso do ensino em saúde brasileiro com a diversidade, a equidade e os direitos humanos, estabelecido na medicina, assim como em todas as demais graduações em saúde.

Em consonância com outras pesquisadoras brasileiras, defende-se aqui que a utilização da abordagem interseccional na saúde congrega as perspectivas da equidade e da justiça social, fundamentais ao sistema de saúde implementado no Brasil desde a Constituição de 1988²². Como diz Patricia Hill Collins¹⁰⁽¹³⁾, ao defender a abrangência da análise interseccional a partir dos anos 2000,

[...] a interseccionalidade também tem contribuído significativamente para o campo da saúde pública, em que os determinantes sociais e disparidades de saúde são abordados cada vez mais a partir de perspectivas interseccionais.

Considerações finais

Longe de exaurir a temática, neste texto, discutiu-se a importância do debate sobre marcadores sociais da diferença interseccionados para o ensino em saúde. Enfatizamos não ser possível compreender os processos de saúde, adoecimento, cuidado e vulnerabilização sem levar em conta as condições de produção e expressões das diferentes experiências de vida, constituídas por meio de diferenças e desigualdades raciais, de gênero, sexualidade, classe social, idade e deficiência, por exemplo.

No caminho da construção de um sistema de ensino superior em saúde que não reforce a reprodução de desigualdades sociais, é preciso avançar para uma formação mais comprometida com a equidade, a diversidade e os direitos

humanos, inserindo efetivamente a reflexão sobre marcadores sociais da diferença nos currículos dos cursos superiores de saúde. Nesse contexto, a abordagem de pesquisas e políticas públicas de saúde brasileiras que demonstrem a centralidade da temática torna-se fundamental. Da mesma forma, já se tem discutido a demanda por políticas de saúde interseccionais.

Nessa conjuntura, também se tem apontado no campo da saúde coletiva a demanda pela inclusão de recursos analíticos que ajudem a superar a fragmentação da experiência e das pautas políticas^{49,50}, bem como um exercício de leitura sobre como os marcadores sociais operam, também, no próprio campo, o que revela os privilégios de grupos que, historicamente, ocupam os mais altos postos institucionais na academia e na gestão das políticas⁵¹. Ou seja, está posta no nosso tempo histórico a inevitabilidade da utilização de lentes que nos possibilitem ler experiências de vida e de grupos sociais para além de uma

[...] massa homogênea e indiferenciada de indivíduos, sendo capazes de explicar como categorias de raça, classe, gênero, idade, estatuto de cidadania e outras posicionam as pessoas de maneira diferente no mundo¹⁰⁽³³⁾.

Isso sem deixar de lado as análises sobre como essas diferenças se produzem e se transformam no tecido histórico, social e político. Assim, está estabelecida a demanda para a

formação em saúde: capacitação de sujeitos que possam identificar como diferenças se desdobram em desigualdades, sobre como elas operam a produção de vulnerabilidades, de adoecimento e de práticas em saúde potencialmente violentas, alcançando uma agenda de diminuição das iniquidades em saúde.

Ressalta-se, por fim, que esse exercício de leitura sobre como se produzem, transformam e operam os marcadores sociais da diferença, a partir de uma leitura interseccional, deve fazer parte de uma agenda contínua de formação, a partir de um letramento inicial, pois, conforme Akotirene¹³⁽¹¹³⁾, “o conhecimento deve ir além das demarcações fixadas por linhas imaginárias do horizonte”. Ou seja, não se pode dar conta dessa temática apenas em uma ou outra disciplina (muito embora sejam fundamentais a um processo de letramento), mas com um exercício contínuo e com estratégias pedagógicas diversas que vão nos possibilitando ler a operação dos marcadores sociais nas diferentes experiências de vida, localizadas geopoliticamente, historicamente e culturalmente em território brasileiro.

Colaboradoras

Macedo RM (0000-0002-2807-4605)* e Medeiros TM (0000-0002-7679-0390)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lucena M, Ferreira GG, Floss M, et al. Serviços de atendimento integral à saúde de transexuais e travestis no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):1-14. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf17\(44\)2964](https://doi.org/10.5712/rbmf17(44)2964)
2. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2017;33(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
3. Rodrigues GM, Carmo CN, Bergmann A, et al. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde Soc*. 2021;30(3):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200813>
4. Carvalho L. Vírus Zika e direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. *Cad de Gênero e Diversidade*. 2017;3(2):134-157. DOI: <https://doi.org/10.9771/cgd.v3i2.22030>
5. Nunes ED. A doença como processo social. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências Sociais e Saúde no Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000. p. 217-229.
6. Borde E, Hernandez-Alvarez M, Porto MF. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde debate*. 2015;39(106):841-854. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
7. Almeida H, Simões JA, Moutinho L, et al. Numa, 10 anos: um exercício de memória coletiva. In: Saggese G, Marini M, Lorenzo RA, et al., organizadores. *Marcadores Sociais da Diferença: Gênero, sexualidade, raça e classe em perspectiva antropológica*. São Paulo: Terceiro Nome; Gamma; 2018. p. 9-30.
8. Hirano LF, Acuña M, Machado BF, organizadores. *Marcadores sociais das diferenças: fluxos, trânsitos e intersecções*. Goiânia: IU; 2019.
9. Lopes P. Deficiência na cabeça: percursos entre diferença, síndrome de Down e a perspectiva antropológica [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2020.
10. Collins P, Bilge S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Ed. Boitempo; 2020.
11. Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. *Cruzamento: raça e gênero* [Internet]. Brasília, DF: Unifem; 2004 [acesso em 2024 out 1]. p. 7-16. Disponível em: https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/4253342/mod_resource/content/1/InterseccionalidadeNaDiscriminacaoDe-RacaEGenero_KimberleCrenshaw.pdf
12. Truth S. E não sou uma mulher? Tradução de Osmundo Pinho. Portal Geledés [Internet], 2014 ago 1 [acesso em 2024 out 1]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>
13. Akotirene C. *Interseccionalidade – Feminismos Plurais*. São Paulo: Editora Jandaíra; 2020.
14. Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Rev Ciências Sociais Hoje*. 1984;1:223-243.
15. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. A persistente desigualdade entre negros e não negros no mercado de trabalho. *Boletim Especial 20 de novembro Dia da Consciência Negra* [Internet]. [local desconhecido]: Dieese; 2022 [acesso em 2024 out 1]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2022/boletimPopulacao-Negra2022.html>
16. Souza PF. Uma história da desigualdade: a concentração de renda entre os ricos no Brasil (1926 – 2013). São Paulo: Hucitec; 2018.
17. Nascimento A. *O Quilombismo*. Petrópolis: Editora Vozes; 1980.
18. Bento C. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.

19. Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev Estud Fem.* 2014;22(3):935-952. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>
20. Carneiro S. 2023. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. São Paulo: Cia das Letras; 2023.
21. Oda AMGR, Dalgarrondo P, Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Braz J Psychiatry.* 2000;22(4):178-179. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000400007>
22. Oliveira E, Couto MT, Separavich MAA, et al. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e180736. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>
23. Medeiros TM, Silva MX, Silva RDFC. Colonialidade e a branquitude: apontamentos para quebra dos pactos de silêncio na saúde. *Em construção.* 2021;(9):105-125. DOI: <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2021.55233>
24. Rebouças P, Goes E, Pescarini J, et al. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *Lancet Glob Health.* 2022;10(10):e1453-e1462. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00333-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00333-3)
25. Pimenta T, Gomes F, Kodama K. Das enfermidades cativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escravista. In: Teixeira LA, Pimenta TS, Hochman G. *História da saúde no Brasil.* São Paulo, Hucitec; 2018. p. 67-100.
26. Munanga K. Algumas considerações sobre “raça”, ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos. *Rev Usp.* 2006;68:46-57. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i68p46-57>
27. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.* Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
28. Nascimento L. *Transfeminismo.* São Paulo: Jandaíra; 2021.
29. Rago E. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. *Cad Pagu.* 2000;15:199-225.
30. Mott ML. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cad Pagu.* 1999;13:327-355.
31. Macedo RM. Resistência e resignação: narrativas de gênero na escolha por enfermagem e pedagogia. *Cad Pesqui.* 2019;49(172):54-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053145992>
32. Lombardi MR, Campos V. A Enfermagem no Brasil e os Contornos de Gênero, Raça/Cor e Classe Social na Formação do Campo Profissional. *Rev ABET.* 2018;17(1):28-46. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>
33. Rivera MFA, Scarcelli IR. Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS. *Saúde debate.* 2021;45(esp1):39-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E103>
34. Pinto CRJ. *Uma história do feminismo no Brasil.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2003.
35. Pasinato W. Lei Maria da Penha. Novas abordagens sobre velhas propostas. *Onde avançamos? Civitas.* 2010;10(2):216-232. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2010.2.6484>
36. Curiel O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: Hollanda HB. *Pensamento feminista hoje – Perspectivas decoloniais.* Rio de Janeiro: Bazar do tempo; 2020. p. 138-161.
37. Miskolci R, Pereira PP. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. *Interface (Botucatu).* 2019;23:e180353. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180353>
38. Macedo RGM. Educação, diversidade e políticas públicas: reflexões sobre 30 anos de debate no Brasil

- (1990-2020). *Rev Int Leg.* 2023;6(37):1-20. DOI: <https://doi.org/10.21680/1982-1662.2023v6n37ID31946>
39. Rodrigues M. Políticas Públicas. São Paulo: Publiflora; 2015.
 40. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: MS; 2013.
 41. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc.* 2016;25(3):335-349. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
 42. Coelho R, Nobre V. Política Nacional de Saúde da População Negra deve ser prioridade no novo governo. *Nexo Políticas Públicas* [Internet]; 2023 fev 6 [acesso em 2024 out 1]. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/opiniaio/2023/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Sa%C3%BAde-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-Negra-deve-ser-prioridade-no-novo-governo>
 43. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Brasília, DF: MS; 2011.
 44. Almeida AIS, Ribeiro JM, Bastos FI. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(3):837-848. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.45862020>
 45. Knauth DR, Pilecco FB. Aids e prevenção do HIV entre adolescentes e jovens em seis municípios brasileiros. *Saude Soc.* 2024;33(1):e230789pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230789pt>
 46. Sievwright KM, Stangl AL, Nyblade L, et al. An Expanded Definition of Intersectional Stigma for Public Health Research and Praxis. *Am J Public Health.* 2022;112(S4):S356-S361. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306718>
 47. Araújo EM, Caldwell KL, Santos MPA, et al. Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Saúde debate.* 2020;44(esp4):191-205. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E412>
 48. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2014 jun 23 [acesso em 2024 out 1]; Seção I:8-15. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>
 49. Sevalho G. Contribuições das críticas pós-colonial e decolonial para a contextualização do conceito de cultura na Epidemiologia. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(6):e00243421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT243421>
 50. Gonçalves LAP, Oliveira RG, Gadelha AG, et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades - uma (não) agenda? *Saúde debate.* 2019;43(esp8):160-174. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S812>

Recebido em 16/05/2024

Aprovado em 25/11/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa