



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Duarte Nunes, Everardo; Azevedo Hennington, Elida; Filice de Barros, Nelson;
Montagner, Miguel Ângelo

O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 209-225

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências

The teaching of social sciences in medical schools: revision of experiences

Everardo Duarte Nunes ¹

Elida Azevedo Hennington ¹

Nelson Filice de Barros ¹

Miguel Ângelo Montagner ¹

Abstract This paper describes and analyses the literature about teaching social sciences in medical schools in different countries during 1960-2000. The methodology is based on documentary/bibliography analyses of both systematized studies and information raised in the following database: Lilacs, Medline, Sociological Abstracts. The data of 1980-2000 from 21 articles point out: **objectives of courses** – stressing the relationship teaching/social changes/health care needs/community needs; **teaching/learning methods** – increasing activities methods, working with small student's groups, starting from problems, field works, researches, use of audio-visual resources, dramatization, etc.; **content of courses** – there are a great diversity corroborating the results of prior decades and variable with each medical school. The aim questions are related to personal and interpersonal behavior, medical behavior, community and environment, care health organization, health-society relations, medical-patient relationship, diagnostic and prognostic social variables, illness-family relations. The conclusions present some general aspects and the main results.

Key words Social sciences, Behavioral sciences, Medicine, Teaching, Curriculum, Curriculum reforms, Teaching methodology

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13083-970 Distrito de Barão Geraldo, Campinas SP. evernunes@uol.com.br

Resumo O presente artigo descreve e analisa a literatura sobre o ensino das ciências sociais nas escolas médicas em diferentes países, durante o período de 1960 a 2000. A metodologia baseia-se na análise documental/bibliográfica de estudos já sistematizados sobre o tema e de levantamento realizado nos bancos de dados Lilacs, Medline e Sociological Abstracts. Com referência às experiências de 1980 a 2000, os dados levantados de 21 artigos assinalam: **objetivos** – acompanhar e atender às mudanças sociais, às ocorridas na prestação de serviços de saúde, às necessidades da população; **técnicas de ensino** – ênfase no processo de ensino-aprendizagem ativo, atividades em pequenos grupos, problemas como ponto de partida, trabalhos de campo, pesquisas, uso de material audiovisual, dramatização e outros; **conteúdos** – grande diversidade temática comprovando os resultados das décadas anteriores e variando de acordo com as diferentes escolas médicas: comportamento pessoal, interpessoal, médico, comunidade e ambiente, organização do cuidado à saúde; relações saúde-sociedade; relação médico-paciente; aspectos histórico-sociais da prática médica; variáveis sociais no diagnóstico, prognóstico e tratamento; relações doença-família. As conclusões apresentam alguns aspectos gerais e os principais resultados encontrados na pesquisa. **Palavras-chave** Ciências sociais, Ciências do comportamento, Medicina, Ensino, Currículo, Reformas curriculares, Metodologias de ensino

Introdução

Dentre as inúmeras questões que atravessam o campo das ciências sociais em saúde, praticamente desde as suas origens, uma das mais intrigantes é a do ensino. Assim, embora o principal objetivo deste trabalho seja situar o desenvolvimento das diversas experiências de ensino nos últimos vinte anos, sentimos a necessidade de destacar alguns aspectos que marcaram a introdução do ensino em décadas anteriores aos anos 80.

A metodologia básica é documental/bibliográfica, utilizando estudos já sistematizados (em especial os que datam de 1960-1979) e de levantamentos nos bancos de dados Lilacs, Medline, Sociological Abstracts (1980-2000), totalizando 21 documentos que relatam experiências de ensino e em cuja seleção foram utilizadas as seguintes palavras-chave: "medical education", "behavioral sciences", "social sciences", "social aspects of health", "sociology", "teaching", "medical teaching". Além desse material, foram consultados outros artigos e livros que tratam do tema desde as suas origens nos anos 60.

Aspectos gerais

Ao tomarmos o pós-Segunda Guerra e estendermos o período até os primeiros anos da década de 1960, como período que delimita as origens modernas das ciências sociais em saúde, verificamos que, nos Estados Unidos, há concorrência entre o esforço de construção de um quadro de referência para o estudo das relações saúde/doença/medicina/sociedade como campo de produção do conhecimento, e as tentativas de introduzir esse conhecimento como prática pedagógica. Na América Latina e Europa, os desenvolvimentos sobre o ensino são posteriores e trazem as marcas específicas dos movimentos que caracterizaram as reformas curriculares, discutidas a partir da segunda metade dos anos 50, mas adotadas nos anos 60 (Nunes, 1985).

É interessante ressaltar que nos Estados Unidos a questão da educação médica, em especial os estudos sobre os estudantes de medicina, foi alvo da atenção de sociólogos que se dedicaram ao campo, como é o caso de Robert Merton (1957), Howard Becker (1961), que, tendo realizado pesquisas nesse campo, não viriam, posteriormente, a desenvolver trabalhos no campo da sociologia médica. Bem diferente, por exemplo,

de Renée Fox (1989) e Samuel W. Bloom (1963), cujas carreiras têm sido inteiramente dedicadas a essa área, com pesquisas sobre estudantes, ensino e os mais diversos temas no campo da sociologia médica/saúde. O que estamos tentando ressaltar é que, embora o corpo teórico da disciplina tenha sido limitado em suas origens, há destaques importantes. É esse o caso de Parsons (1951), Goffman (1961), Becker (1961), cujas contribuições pioneiras marcaram, dentro de seus quadros de referência, ou seja, as do funcionalismo ou do interacionismo simbólico, as origens da área, sem deixar de lado precursores como Stern (1927) e Sigerist (1929), que trouxeram para o campo, o primeiro, a perspectiva do materialismo histórico e, o segundo, da história social da medicina.

Antes de avançarmos em relação ao ensino, é necessário que se esclareçam alguns pontos referentes à terminologia do próprio campo. Em realidade, nos Estados Unidos, a denominação inicial não foi de ciências sociais, mas de ciências da conduta. Na década de 1950, a Fundação Ford usou o termo como uma descrição abreviada de seu programa que visava ao estudo do comportamento individual e das relações humanas, tendo financiado diversas pesquisas. Em 1946, a Universidade de Harvard organizou um departamento de Relações Humanas para a investigação sobre o comportamento e, em 1950, a Universidade de Chicago iniciou estudos sobre a teoria geral do comportamento. Em 1952, a Fundação Ford cria o Centro para Estudos Avançados em Ciências do Comportamento, em Palo Alto, Califórnia e, em 1964, o Instituto Rockefeller inicia, com um grupo de especialistas em ciências do comportamento, a relação destas com as disciplinas biomédicas (Nunes, 1985). Berelson (1968) aponta dois motivos presentes na adoção desta expressão: 1) integrar a antropologia, a sociologia e a psicologia social numa tentativa de formulações interdisciplinares; e 2) evitar confusões e equívocos entre as ciências sociais e o socialismo. Para críticos latino-americanos, como Gaete e Tapia (1970), a construção teórica que orientava essa postura era a de uma dissociação do comportamento individual da sua base social, tendo como objetivo, explícita e implicitamente, obter o máximo de ajuste da medicina à sociedade. Posteriormente, Riska e Vinten-Johansen (1981), ao fazerem uma revisão dos debates sobre as reformas na educação médica, que apareceram no *The Journal of American Medical Association*, entre 1945 e 1975, e das relações dessas refor-

mas com as ciências do comportamento, foram bastante incisivos ao declararem que “estas reformas em educação médica incorporaram o *ethos* da medicina holística somente superficialmente”, considerando-se que o interesse maior da profissão médica era o de “expandir e afirmar sua autoridade científica”. Para os autores, a perspectiva pluralista da medicina, que tinha vigorado no período colonial e em boa parte do século 19, centrada no paciente, iria perder a sua força frente ao cientificismo que seria a marca da profissão, expandindo o paradigma flexneriano a fim de garantir a autonomia profissional no controle da prestação de serviços de saúde. Nesse sentido, os autores apontam que os cientistas do comportamento tiveram papel importante na fase de transição para uma medicina científica, pois forneceram, para o relacionamento com o paciente, além da “dimensão humanística e humanitária”, certas técnicas científicas que os futuros médicos podiam empregar no “manejo do paciente”, tornando-se “agentes de reprodução ideológica” da profissão médica (Riska e Vinten-Johansen, 1981). Os próprios autores assinalam que a ênfase no “modelo clínico” e a tentativa de generalizá-lo para a sociedade como um todo seriam fatores que teriam levado a *expressar confiança que os problemas sociais da prestação dos serviços de saúde podiam ser resolvidos pelos cientistas do comportamento que seriam capazes de “prescrever” soluções científicas para problemas associados com a prática da medicina científica* (Riska e Vinten-Johansen, 1981).

Embora, na atualidade, a expressão “sociologia médica” continue a ser empregada, já nos anos 50 Straus (1957) apontava que a presença da sociologia no campo da medicina podia ser dividida em sociologia *na* medicina e sociologia *da* medicina, partilhando, portanto, a idéia de um campo mais específico para os estudos sociais. Hoje, embora a expressão sociologia médica seja de uso nos Estados Unidos e Europa, é mais considerada pelos autores como uma forma tradicional de se referir ao campo, pois, como escreve Cockerham (2001), os estudos estendem-se além da prática médica para a totalidade social em suas relações com a saúde e a doença. No caso da França, como analisa Herzlich (1985), não ocorreu o problema se a sociologia deveria ser *na* ou *da* medicina, sendo que os sociólogos foram “escassamente implantados no mundo médico” e “livres para buscar uma abordagem especificamente da ciência social para a saúde, doença e medicina”.

Outra questão que também estava nas origens da introdução de caráter mais sistemático das ciências sociais, tanto do ensino, quanto da pesquisa, foi a sua localização em determinados espaços da escola médica e das ideologias que acompanharam a sua emergência. Assim, nos Estados Unidos, *sob os auspícios do National Institute of Mental Health, a aliança inicial da sociologia médica com a medicina foi com a psiquiatria, uma especialidade médica que estava enfrentando uma luta dentro do próprio campo, buscando status profissional no interior de sua disciplina mais ampla* (Cockerham, 1983). Inicia-se, assim, uma base colaborativa entre psiquiatras e sociólogos. Além dessa questão, que foi fundamental para a introdução das ciências sociais no campo médico, as reformas curriculares, em muitas ocasiões, enfatizaram a necessidade do ensino dessas ciências. Em relação aos Estados Unidos, Christakis (1995) analisa 19 relatórios sobre Reformas da Educação Médica, no período de 1910-1993, apontando a existência de oito objetivos básicos que emergem das propostas de reforma. Os objetivos centrais, que, segundo o autor, refletem “a obrigação social das escolas médicas”, são os seguintes: servir melhor os interesses públicos, orientar o médico para as necessidades da força de trabalho, enfrentar o crescente avanço do conhecimento médico e incrementar o caráter generalista da educação médica. São os seguintes os objetivos secundários: aplicar novos métodos educacionais, equacionar a educação às novas demandas da prática e das mudanças no perfil epidemiológico do adoecimento e aumentar a qualidade e os padrões de educação. Para o autor, *por aproximadamente um século, apesar das dramáticas mudanças no contexto no qual a medicina é praticada (em termos do impacto da doença nos Estados Unidos, do diagnóstico e armamentarium terapêutico, da organização do cuidado médico), os relatórios sugerindo reformas da educação médica norte-americana têm sido notavelmente similares na estrutura, conteúdo e tom* (Christakis, 1995). Essa similaridade poderia ser explicada de três maneiras: 1) que os problemas são insolúveis ou que a educação médica não pode ser mudada. Isto não se comprova, considerando-se que significantes mudanças ocorreram na educação médica. De outro lado, há problemas inerentes a esse campo de educação que são estruturais e, em si mesmos, constantes, por exemplo, que o conhecimento médico é teórica e praticamente sem limites; ou, da persistência da questão de quan-

tos e que tipos de médicos devem ser formados; 2) também não se aplica que os proponentes das reformas são os próprios educadores que apóiam reformas específicas; 3) que as reformas não levam a mudanças, pelo fato de que *as manifestações da missão humanística são pouco mais do que um manto para a missão de pesquisa, que é o principal interesse da estrutura social da instituição*, que aparecem num estudo de Bloom (1988) e com as quais Christakis não concorda. Pare ele, *talvez, tanto a similaridade dos relatórios e sua repetida promulgação podem ser vistas como derivadas do fato de que os relatórios têm outras duas importantes funções do que simplesmente explicitar a reforma: a afirmação de certo core de valores profissionais e a auto-regulação da profissão* (Christakis, 1995). Sem dúvida, cumpre-nos destacar que em nove relatórios, referentes aos anos de 1932, 1965, 1966, 1970, 1972, 1983, 1984, 1992 e 1993, é apontada a necessidade de aumento do ensino das ciências sociais.

De maneira geral, em outros países, como na Inglaterra, pode-se sentir que a adesão a um projeto pedagógico de incorporação das ciências sociais também caminhou, em alguns momentos, junto com as reformas curriculares. Lembre-se, porém, que neste país, como analisam Annandale e Field (2001), as origens de uma sociologia médica foram altamente tensinadas pela interação entre os interesses acadêmicos e os das práticas políticas. A questão da inserção das ciências sociais aparece no *Relatório Goodenough*, de 1944, quando se faz menção à sociologia e outras ciências sociais como “dignas de atenção médica” (Reid, 2002). Mas, como relata Reid (2002), *havia baixa aceitação de sociólogos em departamentos de medicina social e, mais tarde, na onda do Relatório Todd (1968), ocorre a introdução dos sociólogos em postos de ensino no currículo das escolas médicas*. Segundo a análise dessa autora, a perspectiva desse relatório era limitada quando definia qual deveria ser o objetivo do ensino da sociologia: *Introduzir (para o estudante de medicina) a natureza da observação e análises sociológicas, a natureza das teorias sociológicas sobre as regras que governam o comportamento do grupo, e o plano de pesquisa empírica para testar tais teorias e isto demonstrará que o comportamento humano e as instituições sociais podem ser investigados pelos métodos estabelecidos pela ciência*. Ao destacar essa passagem, a autora lembrava que tal abordagem ignorava a existência de outros métodos válidos da pesquisa sociológica, como entrevistas, diá-

rios, análises sociolinguísticas etc. Para ela, *departamentos de Medicina Social, os primeiros a receberem sociólogos nos estabelecimentos médicos, influenciaram de modo considerável o encaixamento da pesquisa, e certos métodos eram aprovados como cientificamente aceitáveis, enquanto outras características [metodológicas] colocadas à disposição da disciplina eram seletivamente negligenciadas* (Reid, 2002). Escrito no final dos anos 70, o texto de Reid [1976] (2002) lembrava que, enquanto a pesquisa no campo da sociologia médica estava se desenvolvendo, o ensino caminhava de forma mais lenta. Dizia que as políticas aprovadas pelo General Medical Council vieram a favorecer o ensino e assim, em 1974, 52 escolas médicas ofereciam cursos de sociologia médica, mas os estudantes de sociologia encontravam poucas oportunidades de cursos à sua disposição. Estudos mais recentes (Annandale e Field, 2001) têm mostrado alguma expansão no ensino de graduação, mas é na pós-graduação, especialmente no mestrado, que tem ocorrido maior desenvolvimento.

Na América Latina, a origem das ciências sociais caminhou junto com as motivações engendradas pelos seminários sobre as reformas curriculares dos anos 50 (Viña del Mar – Chile, 1955 e Tehuacán – México, 1956), que estruturaram os aspectos doutrinários e de organização do ensino da medicina preventiva e social para o continente. A filosofia dessa proposta era a de atenção integral ao indivíduo e sua família, na formação biopsicossocial, na prática da medicina integral, preventiva, curativa e de reabilitação, na ação participativa na solução dos problemas da comunidade. É interessante citar, do documento de 1956, em que há o detalhamento do programa a ser desenvolvido, os dois pontos básicos que devem proporcionar ao estudante conhecimentos: a) do indivíduo como unidade biológica, em que se incluirá o ensino da biologia, genética, psicologia; b) do homem como unidade social, tendo presentes as relações recíprocas com o meio ambiente físico-químico, biológico, sociológico e social, por meio do ensino de aspectos de sociologia geral, ecologia, antropologia social, saneamento, epidemiologia e bioestatística (OPS, 1976). A consequência mais imediata foi a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e, neles, de disciplinas que abordassem o social. Essas disciplinas começam a aparecer na segunda metade dos anos 60 e, em muitas escolas, estenderam-se até os dias atuais. Assim, não será incomum a associação das ciências sociais à

medicina social, saúde pública, saúde coletiva, medicina comunitária, medicina de família, saúde da família, etc. As questões do ensino médico se estenderiam ao longo das décadas, como mostra Almeida (2001), ao recuperar a trajetória histórica das conferências, que a partir de 1957 realizaram-se na América Latina: 1957 – México; 1960 – Uruguai; 1962 – Chile; 1964 – Brasil; a partir de 1966, a Fepafem (Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades [Escolas] de Medicina) iniciou a convocação de conferências bianuais de educação médica, sendo que também a Udual (União das Universidades da América Latina) continuou a patrocinar conferências bianuais. Em 1984, é eleita a primeira diretoria da Alafem (Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina), constituindo, junto com a Fepafem, duas associações que irão discutir o movimento de educação médica na América Latina e que, desde seu início, caracterizam-se por serem polêmicas e conflituosas (Almeida, 2001). Sem entrarmos em detalhes, é importante assinalar alguns aspectos que se destacaram nas décadas de 1970 e 1980 e que subsidiaram tentativas de reformas do ensino médico. Nos anos 70, as discussões encaminharam-se no sentido de considerar que *o ponto de partida para o processo formativo reside no processo de atenção à saúde; deve haver a superação das dicotomias teoria/prática, básico/clínico e preventivo/curativo; precisam existir a integração multidisciplinar e a inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços* (Almeida, 2001). Como é apontado por Almeida (2001), diversas propostas, como as de “medicina integral” e “medicina comunitária”, serão desenvolvidas ao longo da década de 1970, apresentando-se como *movimentos racionalizadores de reforma da educação médica, com potencial para introduzir modificações parciais, mantendo o essencial dos modelos hegemônicos de formação e de prática*. Como diz o autor, a “medicina integral” permaneceu no âmbito da retórica e a “medicina comunitária” será substituída pela IDA (Integração Docente-Assistencial) como forma de substituir os chamados “laboratórios de comunidade”, adotados pelos departamentos de medicina preventiva e social para colocar os estudantes de medicina em contato com a realidade social de bairros urbanos pobres da periferia. Idéias desenvolvidas em âmbito internacional, como a da Saúde para Todos no Ano 2000, que data de 1977, a da Atenção Primária à Saúde, lançada em 1978 e a proposta dos Sistemas Locais de Saúde, nos anos 80, assim como

a de modelos de saúde orientados à comunidade (*community oriented*) e a da metodologia de aprendizagem baseada em problemas (*problem based learning – PBL*) serão fundamentais no equacionamento do processo de reformas do ensino médico. Como salienta Almeida (2001), as décadas de 1970 e 1980 foram *repletas de acontecimentos e de processos no terreno da educação médica, nos campos teórico e prático (...) e prepararam o terreno para o desenvolvimento, nos anos 90, de novas propostas de mudança da educação médica latino-americana*. Não vamos relatar a série de eventos que ocorreram nos anos 90, mas um ponto a ser destacado refere-se às críticas que são feitas, quando da realização da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo (Escócia), em 1993, em documento da OPS/Fepafem. Nesse documento são feitas críticas ao modelo de integração docente-assistencial, ressaltando a existência de algumas experiências que caracterizam um compromisso global da universidade com os serviços e com a população. Outro ponto abordado é que *A “aprendizagem baseada em problemas” e o “ensino orientado à comunidade” são vistos como abordagens mais integradoras que as tradicionais, mas insuficientes e sujeitas a distorções, pois (...) o ensino orientado à comunidade não pode significar uma medicina diferenciada, de médicos para pobres, para populações pobres (...) nem substituir um imprescindível arsenal científico, teórico, metodológico, necessário para permitir que os estudantes conheçam as realidades sócio-sanitárias pelo mero contato com a comunidade, como se este, por si só, tivesse o poder de revelar a dinâmica social*. Quanto à aprendizagem baseada em problemas, é ressaltado que esta não pode restringir-se às manifestações superficiais de fenômenos isolados, mas devem, necessariamente, aprofundar as explicações dos problemas de saúde, discutindo-os em sua integralidade, o que requer a incorporação e fortalecimento das ciências básicas e sociais (Almeida, 2001).

Assim, quando, em 1991, a Cinaem (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) iniciou seus trabalhos, tendo como objetivo a *transformação da educação médica na perspectiva da formação de profissionais adequados a demandas sociais* praticada nas escolas médicas brasileiras, muitas discussões, seminários, conferências e projetos de reformas já tinham sido realizados nos níveis nacional e internacional. Em nível nacional, sem dúvida, o projeto Cinaem será a experiência mais impor-

tante no campo das reformas curriculares, pela profundidade e extensão da experiência; considere-se que, em 1999, a Oficina realizada em Campinas contou com a presença de 75 escolas médicas. Como consta do documento Cina-em (2000), *a reformulação do ensino médico requer hoje mais do que a revalorização do trabalho criativo do clínico geral. O médico contemporâneo deve ser capacitado para acolher, compreender, responsabilizar-se e resolver a maior parte das necessidades e demandas de saúde dos indivíduos e das populações; além de dirigir e organizar equipes de saúde nos diferentes níveis em que se desenvolve o exercício profissional (primário, secundário e terciário). A crescente importância dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos da medicina torna a inclusão destes conteúdos uma prioridade para os novos currículos. Da mesma forma, seria uma temeridade deixar fora dos currículos conteúdos de história da medicina que mostram a constituição dos saberes e técnicas médicas ao longo do tempo, permitindo melhor compreensão do presente e redimensionamento do futuro.* Ressalta, ainda, que *o ensino médico deverá priorizar a integração e a coordenação de conteúdos, modulando os conhecimentos e as práticas, evitando com isso a fragmentação curricular*, chama a atenção para a manutenção da excelência em educação continuada e métodos de documentação e difusão científica; destaca a iniciação científica eficaz e o *contato do estudante com populações, indivíduos e pacientes desde o início do curso e do estudo integral do ser humano em suas dimensões bio-psico-sociais, utilização de métodos ativos de aquisição do conhecimento, revalorização da semiologia como base do raciocínio clínico, ênfase no compromisso ético-humanista da medicina e incorporação racional de tecnologias médicas*, para superar o modelo atual fragmentado e tecnicista. Nesse texto, é importante a perspectiva adotada em relação à educação do século 21, quando diz que, *se anatomia e a fisiologia foram fundamentos da medicina clássica, a física e química foram as disciplinas básicas da medicina do século 19, as disciplinas sociais ou ecológicas serão essenciais para a medicina do terceiro milênio. Antropologia Médica, História da Medicina, Psicologia e Pedagogias Sociais, Sociologia e Epidemiologia, Estatística e Ética Médicas, dentre outras, serão fundamentais para erigirmos uma nova teoria da medicina, preocupada com as tarefas curativa, preventiva e reabilitadora, mas também com a melhoria da natureza humana e o bem-estar social, através do atendimento*

adequado a necessidades de saúde de indivíduos e populações (grifo dos autores).

Quando se analisa a introdução das ciências sociais na saúde, verifica-se que os cursos de medicina foram a porta de entrada e para isso foi muito importante toda a discussão realizada a partir dos seminários dos anos 50 e da incorporação, via departamentos de medicina preventiva e social, das primeiras experiências nos anos 60 e da posterior adoção por muitas escolas médicas brasileiras. A experiência desse ensino nos cursos de pós-graduação inicia-se nos anos 70 e intensifica-se nas décadas seguintes. Lembramos que a preocupação em introduzir a sociologia na área da saúde tem alguma antecedência, quando, em 1946, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo criou um curso de Problemas de Sociologia Aplicada à Higiene. Este curso, originalmente de dezoito horas, no final dos anos 50 evoluiu para uma disciplina chamada Técnicas de Saúde Pública, incluindo ciências sociais (Nunes, 1992).

As primeiras avaliações do ensino

Desde a década de 1960, houve uma preocupação de avaliar o estado da arte do campo das ciências sociais e saúde, quer seja a da produção científica, quer seja a relacionada ao ensino. Assim, o primeiro estudo foi realizado em 1965 e publicado por Badgley (1966). Há muitos aspectos desenvolvidos neste trabalho, mas, atendo-se ao ensino, verifica-se que, em 1964, aproximadamente 25% das faculdades de medicina ofereciam cursos de antropologia, sociologia ou psicologia aos estudantes de medicina. Comprovou-se a falta de homogeneidade dos conteúdos e das disciplinas que se relacionavam com as ciências sociais, tendo denominações que eram bastante diversificadas, intitulando-se de ciências sociais, ciências da conduta, sócio-antropologia, psicologia social, sociologia.

Reportando-nos à história da introdução das ciências da conduta/ciências sociais na América Latina, não podemos deixar de fazer referência à pesquisa realizada por García (1972) em 1967, quando verificou que 79% das faculdades de medicina ensinavam as ciências da conduta, definidas como o agrupamento da sociologia, antropologia social e psicologia social. Em 100 escolas pesquisadas, o autor encontrou que 78% do ensino era dedicado aos conceitos básicos; 58% ao ensino da etiologia e meio am-

biente; 55% à conduta tanto no estado de saúde como de doença; 39% aos aspectos psicosocioculturais da atenção médica. Uma outra constatação desse estudo refere-se ao fato de que 66% das horas/aluno eram de ensino teórico e as aulas práticas, quando existiam, eram dedicadas a visitas a bairros pobres, instituições e na participação em censos de alguma população marginal sobre condições sanitárias, habitacionais, sem nenhuma elaboração teórica.

Os trabalhos que se seguiram ao elaborado por García (1972) não foram tão abrangentes. Ainda da década de 1970, Coe (1975) relata a visita realizada em oito escolas médicas na América Latina, que ensinavam "ciências do comportamento", tendo constatado que o ensino estava extremamente vinculado à medicina social em sala de aula e à medicina comunitária, quando da sua aplicação. Outro estudo foi o realizado por Villanueva e Quintana (1981), que revisaram os planos de estudo de 25 escolas e faculdades de medicina. Dessas, os autores ofereceram informações de 12 programas, dos quais 11 continham dados sobre o ensino de aspectos sociais, sendo que em seis escolas a proporção no currículo era de 1 a 3%; quatro escolas de 3 a 4% e uma escola com 12,5%, do total de ensino ministrado.

Em relação aos estudos brasileiros sobre o tema, destacam-se os realizados por Campos e Nunes (1976, 1985, 1999), Marsiglia e Spinelli (1995).

Na pesquisa realizada em 1970, primeira investigação global sobre o ensino das ciências sociais no setor saúde, os dados referem-se a 50 faculdades de medicina (67% do total), 29 escolas de enfermagem (80% do total), 37 faculdades de odontologia (80% do total) e seis escolas de saúde pública (100% do total). Do total das instituições, 69,9% informaram que ofereciam cursos que incluíam temas de ciências sociais ou do comportamento em seus planos de estudo, nas seguintes proporções: 80% das faculdades de medicina; 89,7% das escolas de enfermagem; 43,2% das faculdades de odontologia e 50% das escolas de saúde pública. Na ocasião, nas faculdades de medicina eram oferecidos 127 cursos que incluíam o ensino mencionado, mas desse total somente 23,8% podiam ser considerados especificamente de ciências sociais (Campos e Nunes, 1976).

O ensino no período 1980-2000

Conforme a proposta deste trabalho, analisaremos como se desenvolveu o ensino no período de 1980 a 2000, tomando como referência os estudos que se dedicaram à questão do ensino em diversos países, situando os objetivos, os conteúdos e a metodologia do ensino. No quadro 1, apresentamos os trabalhos pesquisados de acordo com o ano de publicação, autor e país de origem. A apresentação dos resultados será feita citando o país de origem da experiência.

Objetivos do ensino

Quando analisamos os objetivos do ensino, verificamos que nem sempre é possível estabelecer de forma clara a divisão entre o que se denomina ciências do comportamento das ciências sociais, especialmente nas experiências desenvolvidas nos Estados Unidos. Nesse sentido, é importante destacar dentre as pesquisas realizadas nos Estados Unidos, a que tomou como referência a pesquisa de 50 escolas médicas randomicamente selecionadas, em 1978, sobre o ensino das ciências do comportamento. Huster (1981), realizador dessa pesquisa, que teve um retorno de 45%, assinala que em 11 escolas o ensino era oferecido pelo departamento de psiquiatria, seis pelo departamento de medicina comunitária e, nos seis restantes, por departamentos nomeados como: Psiquiatria e Ciência do Comportamento, Seção de Ciências do Comportamento, Medicina Comportamental e Psiquiatria, e Medicina Comunitária e Administração Hospitalar. Os objetivos apontados pelas escolas destacam que as ciências do comportamento deveriam ser estabelecidas como ciências básicas em todas as áreas ou campos médicos, estender-se pelos anos de formação do médico e nas fases de educação continuada, e serem desenvolvidas em conjunto com as áreas clínicas e biológicas.

Quanto aos objetivos que se destacaram nas diversas experiências investigadas, verificamos que há uma grande pluralidade de propósitos, que, sem dúvida, refletem o espaço institucional e as características profissionais que deram origem ao ensino. Dessa forma, optamos por sumarizar esses objetivos, conservando os seus aspectos essenciais.

- Carr (1981), nos Estados Unidos, refere que existe a necessidade de oferecer os conteúdos das ciências do comportamento de maneira

Quadro 1
Trabalhos pesquisados

Ano	Autor	País
1981a	Carr J	EUA
1981b	Gessner PK, Katz LA, Schimpfhauser FT	EUA
1981c	Hurster M	EUA
1981d	McGuire FL & Friedmann CTH	EUA
1981e	Petersdorf RG & Feinstein AR	EUA
1983	Taylor KM, Shapiro M, Kelner M	Canadá
1984	Sachs LA, McPherson C, Knopp W	EUA
1985	Kegeles SM, Jonsen AR, Jameton A	EUA
1985	Nunes E D	Brasil
1985	Osei Y	Gana
1985	Weller RO	Inglaterra
1986	Wells KB, Benson C, Hoff PA	EUA
1988	Field D	Reino Unido
1988	Priel B & Rabinowitz B	Israel
1990	Pescosolido BA	EUA
1992	Hernández M & Quevedo E	Colômbia
1992	Joseph A, Abraham S, Bhattacharji S, Mulyil J, John KR, Mathew S, Norman G	Índia
1993	Orbell S & Abraham C	Escócia
1994	MacLeod SM & McCullough HN	Canadá
1995	Ojanlatva A, Rautava P, Hyssälä L, Koivusilta L, Nikolakaros G, Rimpelä M	Finlândia
1998	Fernandes ME & Oliveira JED	Brasil

mais aprofundada e de forma a estabelecer uma relação mais direta e adequada à prática médica.

- Gessner, Katz e Schimpfhauser (1981), relatando experiência dos Estados Unidos, assinalam que um dos objetivos da atual formação médica é capacitar o profissional para dar respostas aos problemas que afetam a saúde humana, incluindo aqueles que envolvem e se relacionam com questões interdisciplinares, de cunho demográfico, social e econômico, ou seja, aos chamados problemas sociomédicos. Superar as dificuldades de inserção dessas temáticas num currículo já bastante tomado pelos conhecimentos biomédicos e também ensejar uma mudança de atitude frente às questões sociomédicas, tanto pelo corpo docente quanto pelos alunos, são os desafios que se colocam.

- McGuire e Friedmann (1981) relatam que a experiência implementada na Universidade da Califórnia, EUA, pretendeu abordar os conteúdos inerentes ao campo das ciências sociais de forma a apresentá-los de maneira mais diretamente relacionada à prática médica, aumentando o interesse dos estudantes e sua aceitação.
- Petersdorf e Feinstein (1981), analisando as experiências nos Estados Unidos, assinalam di-

ferentes objetivos para a sociologia no campo médico a partir dos rótulos dados a essa disciplina, que variam de acordo com o enfoque, por exemplo: estudar as relações existentes entre fenômenos sociais e a doença (*sociology in medicine*); estudar o mercado de trabalho (*sociology of medicine*); utilização de metodologias da pesquisa social (*sociology for medicine*); estudar a educação, comportamento e estilo de vida do profissional médico (*sociology from medicine*); estudar criticamente as orientações políticas e ideológicas da medicina (*sociology at medicine*); estudar a interação de diversas disciplinas e a medicina, além da sociologia (*sociology around medicine*).

- Taylor, Shapiro e Kelner (1983), relatando sobre uma experiência no Canadá, apontam: o principal objetivo é integrar a teoria das ciências do comportamento à experiência clínica de modo a salientar sua importância na prática médica. Nessa experiência, foi iniciado um curso intitulado “Médicos, pacientes e famílias: o caso do câncer”, visando à discussão precoce do tema e das variadas situações clínicas e formas de abordagem desta doença, buscando ainda incorporar a discussão de questões éticas rele-

vantes, tais como eutanásia, consentimento informado, revelação do diagnóstico e outros, contribuindo também para reduzir o estresse dos estudantes no trato do assunto.

• Sachs, McPherson e Knopp (1984) situam em uma experiência nos Estados Unidos a introdução no currículo médico de um programa modular, inicialmente eletivo, sobre diversos temas médicos, focalizando conteúdos das ciências do comportamento e aprofundando os conhecimentos que já vinham sendo oferecidos, sem a necessidade de alocar novos professores ou de onerar o orçamento da escola.

• Osei (1985), ao relatar a experiência de Ganna, aponta como objetivos do curso: identificar e descrever os fatores pessoais, familiares, sociais e culturais que afetam o comportamento ou são desencadeados por distúrbios de comportamento, contribuindo para o planejamento e execução de ações que visem minimizar os seus efeitos. São objetivos, ainda, habilitar o estudante a conduzir uma entrevista diagnóstica e dar o devido encaminhamento ao caso, bem como avaliar as implicações legais e sociais envolvidas, desenvolvendo também um papel educativo na comunidade.

• Para Weller (1985), em uma experiência inglesa, o objetivo é o de propiciar a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos em medicina, incluindo os sociomédicos, através de um programa desenvolvido na região de Wessex – *community-based learning*.

• Field (1988), referindo-se ao ensino no Reino Unido, assinala como objetivos: levar aos estudantes o conhecimento das estruturas sociais e sua relevância para a saúde-doença; conhecimentos dos aspectos da saúde-doença e sua relevância para a relação médico-paciente; iniciação e avaliação das atitudes, crenças e valores que sustentam uma boa prática médica.

• Wells, Benson e Hoff (1986) relatam na experiência norte-americana que os principais objetivos eram capacitar o futuro profissional para compreender o adoecimento e as variadas formas de enfrentamento e de adaptação à doença, levando em consideração tanto fatores individuais como ambientais e também conhecer o papel da atenção médica primária e a influência dos diferentes *settings* de cuidados à saúde sobre médicos e pacientes.

• Priel e Rabinowitz (1988), escrevendo sobre o ensino em Israel, pontuam: fornecer uma oportunidade para os estudantes aplicarem o conhecimento e habilidades em ciências sociais, aprendidos nos anos pré-clínicos, na experiê-

cia clínica; estender esses conhecimentos prévios para as disciplinas psicossociais; sensibilizar os estudantes para os aspectos psicossociais das doenças; demonstrar os benefícios do cuidado integral ao paciente; melhorar a formação relacionada ao processo de interação médico-paciente; fornecer uma oportunidade para os estudantes discutirem livremente suas reações emocionais às experiências durante o internato; contribuir para preparação e apresentação de casos em sessões clínicas.

• Pescosolido (1990), nos Estados Unidos, assinala que o ensino deverá demonstrar a relevância da sociologia e persuadir os estudantes de que a *imaginação sociológica* fornece uma perspectiva-chave para entender a arena médica; apresentar a medicina e o cuidado médico como fenômenos socialmente e culturalmente construídos.

• Ao relatar a experiência em uma escola médica na Índia, Joseph *et al.* (1992) apontam como objetivos: oferecer aulas teóricas expositivas de psicologia médica e sociologia e práticas de vivência comunitária no primeiro ano do curso básico; nos anos clínicos, aprofundar o estudo sobre determinado problema de saúde, desenvolver estudos de conhecimentos, atitudes e habilidades e programas de educação em saúde; no internato – aplicar os conhecimentos adquiridos em visitas domiciliares e práticas de atuação comunitária.

• Orbell e Abraham (1993), na Escócia, apontam: desenvolver o entendimento da contribuição das variáveis sociais e psicológicas na causação das doenças, prognóstico e utilização dos serviços; fornecer aos estudantes um esquema de referência conceitual com o qual possam entender a interação médico-paciente.

• MacLeod e McCullough (1994), no Canadá, referem que os objetivos das ciências sociais devem ser tomados num sentido amplo, de forma a reconhecer a importante inter-relação entre as ciências sociais e do comportamento e a medicina curativa e preventiva.

• Ojanlatva *et al.* (1995), discorrendo sobre o ensino na Finlândia, assinalam: desenvolver o entendimento de conceitos básicos no estudo das relações saúde-doença-diagnóstico; estudar a relação médico-paciente; estudar as relações família-trabalho-ambiente e aspectos éticos da profissão.

• Para Fernandes e Oliveira (1998), o ensino no Brasil aponta que o objetivo é situar o estudante frente à realidade social, à diversidade das culturas humanas, à pluralidade e singula-

ridade das formas de comunicação, levando-o a compreender as condições de produção da saúde e da doença e seu contexto.

Conteúdos

As experiências de ensino mostram uma grande diversidade de conteúdos, que foram agrupados em algumas categorias, como relatado abaixo.

1) Comportamento pessoal

a) vida cotidiana

- impacto das variáveis psicossociais nas crenças de pacientes e médicos (EUA, 1981a)*
- influência das crenças na apresentação de sintomas e no diagnóstico (EUA, 1981a; EUA, 1981e; Índia, 1992)
- nutrição (EUA, 1981e; EUA, 1984; Brasil, 1985)
- hábitos alimentares (Índia, 1992)
- crescimento e desenvolvimento (EUA, 1981e; Canadá, 1994)
- status de saúde (EUA, 1981e)
- sexualidade (EUA, 1981e; EUA, 1986)
- contracepção (EUA, 1981e)
- aborto (EUA, 1981e)
- delinqüência (EUA, 1981e)
- orientação e aconselhamento (EUA, 1981e)
- cultura, valores (Brasil, 1985)
- saber popular (Brasil, 1985)

b) causas de doença

- câncer (EUA, 1981b; Canadá, 1983)
- deficiências (EUA, 1981b; Inglaterra, 1985)
- mortalidade infantil (EUA, 1981e; Brasil, 1985)
- problemas perinatais (EUA, 1981e)
- deformações na infância (EUA, 1981e)
- doença mental (Gana, 1985; Inglaterra, 1985)
- retardo mental (EUA, 1981e)
- envenenamento (EUA, 1981e)
- acidentes (EUA, 1981e; EUA, 1990)
- alcoolismo e abuso de drogas (EUA, 1981b; EUA, 1981e; Inglaterra, 1985; EUA, 1986)
- estilo de vida (EUA, 1981e)
- doenças venéreas (EUA, 1981e)

- abuso infantil (EUA, 1981e; EUA, 1986)
- suicídio (EUA, 1981e)
- violência doméstica (EUA, 1986)
- fatores sociais e psicológicos (Brasil, 1985; Reino Unido, 1988; Escócia, 1993, Finlândia, 1995)
- problemas específicos do paciente (EUA, 1981c)

c) respostas ao adoecimento

- detecção de doenças genéticas (EUA, 1981e; Inglaterra, 1985)
- estilo de vida (Canadá, 1983)
- valores étnicos e culturais (EUA, 1981e; Brasil, 1985; EUA, 1986; Finlândia, 1995)
- respostas ao estresse (cognitivas, emocionais, psicológicas e comportamentais) causadas pelo adoecimento (EUA, 1986)
- percepção do sistema (EUA, 1981e)
- adesão ao tratamento (EUA, 1981e)
- doença crônica e incapacidade (EUA, 1981e)
- depressão (EUA, 1981e; Israel, 1988)
- atitudes e comportamentos em relação a doenças (Inglaterra, 1985; EUA, 1986; Israel, 1988)
- componentes psicológicos do comportamento humano (EUA, 1981c)
- atitudes em relação a doenças específicas (câncer, insuficiência renal crônica e diabetes (EUA, 1981e; Canadá, 1983)
- comportamento normal e doença mental (EUA, 1990)
- comportamento desviante e poder social (EUA, 1990)
- práticas de cuidados com crianças (Índia, 1992)
- práticas preventivas (Índia, 1992)

2) Comportamento interpessoal

- relação médico-paciente (EUA, 1981d; Canadá, 1983; EUA, 1984; Brasil, 1985; EUA, 1986; Israel, 1988; Reino Unido, 1988; EUA, 1990; Escócia, 1993; Finlândia, 1995)
- estrutura, função e dinâmica familiar (EUA, 1981e; Canadá, 1983; EUA, 1984; Inglaterra, 1985; Finlândia, 1995)
- nascimento (EUA, 1981e)
- relações de parentesco (EUA, 1981e)
- abuso infantil (EUA, 1981e)
- deformações na infância (EUA, 1981e)
- falhas no desenvolvimento (EUA, 1981e)
- adoção (EUA, 1981e)
- problemas escolares (EUA, 1981e)

* As datas citadas referem-se ao ano de publicação do artigo e a letra anexada foi utilizada para distinguir o texto, considerando-se que todos se referem ao mesmo país e ao mesmo ano de publicação, conforme o quadro 1

- gravidez na adolescência (EUA, 1981e)
- envelhecimento (EUA, 1981e; EUA, 1990)
- relações interpessoais (Reino Unido, 1988)
- relação aluno-paciente (Escócia, 1993)

3) Comportamento do médico

- cuidado médico como fenômeno sociológico (EUA, 1981a)
- comunicação com os pais do paciente (EUA, 1981e)
- comportamento dos estudantes de medicina (EUA, 1981e)
- estresse profissional (EUA, 1981e)
- envelhecimento (EUA, 1981e; EUA, 1984; Canadá, 1994)
- morte e morrer (EUA, 1981e; EUA, 1986)
- enfrentamento da doença e da dor (Canadá, 1983; EUA, 1986)
- incerteza do tratamento e cura (Canadá, 1983)
- envolvimento com paciente terminal (Canadá, 1983)
- luto familiar (Canadá, 1983)
- fracasso médico (Canadá, 1983)
- formação e prática médicas (Brasil, 1985; Colômbia, 1992)
- saber médico (Brasil, 1985)
- recursos comunitários (EUA, 1981e)
- centros de cuidados infantis (EUA, 1981e)
- cuidados de saúde no Terceiro Mundo (EUA, 1981e; Inglaterra, 1985)
- atenção primária (EUA, 1981e)
- planejamento em saúde (EUA, 1981e)
- distribuição dos médicos (EUA, 1981e)
- papel da enfermagem (EUA, 1981e)
- equipe de saúde (EUA, 1981e)
- análise custo-benefício (EUA, 1981d; Canadá, 1994)
- avaliação tecnológica (EUA, 1981e)
- custo da doença e outras questões econômicas (EUA, 1981e)
- história do diagnóstico no Ocidente (Colômbia, 1992)
- sistemas nacionais de saúde (Brasil, 1985; Reino Unido, 1988; Colômbia, 1992; Finlândia, 1995)
- promoção de saúde (Finlândia, 1995)
- segurança social (Escócia, 1993; Finlândia, 1995)
- mercado de trabalho no setor saúde (Brasil, 1985)
- hospital como instituição social (Brasil, 1985)

4) Comunidade e meio ambiente

- perspectivas em saúde ambiental e ocupacional (EUA, 1981b; Inglaterra, 1985; EUA, 1990; Canadá, 1994; Finlândia, 1995)
- influência na comunidade dos componentes físicos, psicológicos e sociais do adoecimento (Inglaterra, 1985)
- participação da comunidade (Brasil, 1985)
- proteção à criança (EUA, 1981e)
- atendimento/atendimento domiciliar do idoso (EUA, 1981e)
- riscos relacionados a animais domésticos (EUA, 1981e)
- processo educativo, educação e nível de saúde (Brasil, 1985)
- população e saúde (Brasil, 1985)
- educação ambiental (Canadá, 1994)

5) Organização do cuidado à saúde

- papel das instituições sociais (EUA, 1981a)
- padrões de prestação de cuidados à saúde (EUA, 1981e; Canadá, 1983; EUA, 1990)
- serviços sociais; aconselhamento; grupos de auto-ajuda (Canadá, 1983)

- estrutura e estratificação social (Inglaterra, 1985; Brasil, 1985)
- *status* e papel social (Brasil, 1985)
- modo de produção capitalista (Brasil, 1985)
- mudança social (Brasil, 1985)
- medicina na sociedade de classes (Brasil, 1985)
- interação social (Inglaterra, 1985)
- classes sociais (Reino Unido, 1988)
- sistemas de castas (Índia, 1992)
- status socioeconômico (Índia, 1992)
- status educacional (Índia, 1992)

7) Políticas de saúde

- ciência e política de nutrição (EUA, 1981b)
- questões e tendências políticas (EUA, 1981b)
- ambiente político e doença (EUA, 1990; Canadá, 1994)
- políticas sociais e de saúde (Brasil, 1985)

8) Ética e bioética

- dimensão ética da prática médica: aspectos gerais (EUA, 1981b; EUA, 1981e; Canadá, 1983; EUA, 1984; Colômbia, 1992; Canadá, 1994; Finlândia, 1995; Brasil, 1998)

- tomada de decisão em condições de incerteza (EUA, 1981e; Canadá, 1983)
- consentimento informado (Canadá, 1983)
- eutanásia: questões psicológicas, médicas, morais e sociológicas (EUA, 1990)
- ciências sociais e construção de um nova semiologia médica (Colômbia, 1992)
- medicina e ciências sociais (Colômbia, 1992)
- medicina e história (Brasil, 1985; Colômbia, 1992)
- políticas de saúde (Colômbia, 1992)
- sociologia das profissões de saúde (Finlândia, 1995)

9) Diversos

- aspectos sociológicos da medicina (EUA, 1981c)
- antropologia e sociologia médica (EUA, 1981a; Gana, 1985; Inglaterra, 1985)
- medicina psicossocial (Gana, 1985)
- visão histórica do cuidado e da medicina (EUA, 1981a; EUA, 1984; Brasil, 1985; Inglaterra, 1985; Colômbia, 1992)
- surgimento da medicina e a crítica moderna (EUA, 1981b)
- medicina folclórica e biomedicina ocidental e o papel profissional (EUA, 1981a)
- humanidades na medicina (EUA, 1981b)
- fases do desenvolvimento humano (EUA, 1981d; EUA, 1986)
- relação mente-corpo (EUA, 1981e)
- técnicas de entrevista (EUA, 1981e; EUA, 1986)
- linguagem e comunicação (EUA, 1981c; EUA, 1981e; Canadá, 1984; Finlândia, 1995; Brasil, 1998)
- aspectos psicossociais do envelhecimento (EUA, 1984)
- emergências médicas e o impacto psicossocial (EUA, 1984)
- aspectos filosóficos, jurídicos, sociológicos e econômicos relacionados à medicina (EUA, 1985)
- lazer, esporte e saúde (Inglaterra, 1985)
- conceito de ideologia (Brasil, 1985)
- introdução à metodologia científica (Brasil, 1985)
- ensino médico (Brasil, 1985)
- processos culturais da vida e morte (Brasil, 1985)
- iniquidade em saúde (Inglaterra, 1985)
- teoria dos papéis sociais (Reino Unido, 1988; EUA, 1990)
- relação biografia e história social (EUA, 1990)
- relação sociedade-medicina (Reino Unido, 1988; Colômbia, 1992; Brasil, 1998)
- conceitos de saúde pública, medicina social, medicina integral e preventiva (Brasil, 1985)
- história do corpo no Ocidente (Colômbia, 1992)

Metodologias de ensino

A revisão bibliográfica realizada descortinou uma variedade de experiências pedagógicas e a adoção de diferentes métodos e técnicas, utilizados em conjunto ou isoladamente, conforme quadro 2.

Conclusões

Agrupamos as conclusões deste estudo em aspectos gerais e específicos, isto porque, como pôde ser visto, a questão do ensino das ciências sociais está profundamente atravessada pelas circunstâncias históricas que levaram a sua inclusão no campo da educação médica e pelas ideologias que sustentaram a sua permanência.

Assim, embora nas propostas desenvolvidas nos Estados Unidos continuem a ter presença marcante as chamadas “ciências do comportamento”, percebe-se a crescente importância da sociologia e da antropologia e, em menor grau, da economia política nos cursos de graduação em medicina. Os diversos estudos que tratam especificamente das “ciências do comportamento” (Huster, 1981; Nathan e Allen, 1982; Blackwell e Torem, 1982) apontam que a sua visibilidade foi dada, principalmente, como componente da psiquiatria e poucas escolas estabeleceram departamentos separados para tratar desse ensino. Assinalam também a diversidade de conteúdos e de carga horária dos cursos. Ainda que a tônica dos cursos seja sobre aspectos psiquiátricos e psicológicos relacionados à doença, verifica-se a presença de conteúdos que se voltam de forma mais específica aos “aspectos sociológicos da medicina” que envolvem aspectos sociais e culturais da prática médica, relações medicina e sociedade e medicina comunitária.

Parece-nos importante transcrever um trecho da análise feita por Renée Fox (1989), quando, ao tratar do percurso das reformas curriculares, nos Estados Unidos, aponta que *de 1950 até a década de 80, as escolas americanas move-*

Quadro 2

Metodologias de ensino

Metodologias	Experiências						
	EUA 1981a	EUA 1981b	EUA 1981c	EUA 1981d	EUA 1981e	Canadá 1983	EUA 1984
1. Aulas teóricas (palestras, conferências, seminários, debates)	X	X	X		X	X	X
2. Atividades em pequenos grupos							X
Estudos de casos clínicos	X	X	X	X			
Tutorias	X		X	X			
ABP (aprendizagem baseada em problema)							
Atividades comunitárias							
Dramatização ("role playing games")							
Clube de revista							
Leitura	X						X
3. Visitas/Pesquisas de campo/Entrevistas	X	X	X	X			X
4. Utilização de recursos audiovisuais	X		X	X			
Metodologias	Experiências						
	EUA 1985	Brasil 1985	Gana 1985	Inglaterra 1985	EUA 1986	Reino Unido 1988	Israel 1988
1. Aulas teóricas (palestras, conferências, seminários, debates)	X	X	X	X	X	X	X
2. Atividades em pequenos grupos					X	X	X
Estudos de casos clínicos	X	X	X		X		
Tutorias							X
ABP (aprendizagem baseada em problema)							X
Atividades comunitárias			X	X			
Dramatização ("role playing games")	X				X		
Clube de revista							
Leitura					X		
3. Visitas/Pesquisas de campo/Entrevistas		X		X	X	X	X
4. Utilização de recursos audiovisuais	X				X		

continua

Quadro 2
continuação

Metodologias	Experiências						
	EUA 1990	Colômbia 1992	Índia 1992	Escócia 1993	Canadá 1994	Finlândia 1995	Brasil 1998
1. Aulas teóricas (palestras, conferências, seminários, debates)	X					X	X
2. Atividades em pequenos grupos							
Estudos de casos clínicos	X			X			
Tutorias	X			X			
ABP (aprendizagem baseada em problema)			X		X		
Atividades comunitárias	X		X				
Dramatização (“role playing games”)				X			
Clube de revista						X	
Leitura						X	
3. Visitas/Pesquisas de campo/ Entrevistas				X	X		X
4. Utilização de recursos audiovisuais	X					X	

ram-se da psiquiatria para a ciência comportamental, para a bioética e para as humanidades em sua perene busca para um currículo que mais efetivamente desenvolvesse nos estudantes a compreensão das dimensões emocionais, culturais e sociais do comportamento humano na saúde e doença e promovesse neles atitudes humanas e valores específicos, condutores deste entendimento.

Em estudo que realizamos, revisando esse largo período da sociologia da educação médica, apontamos a série de pesquisas que enfatizaram, de um lado, os aspectos psicossociais da formação dos estudantes de medicina e, de outro lado, os estudos que deram relevância à escola como instituição social (Merton, Reader e Kendall, 1957; Becker, Geer, Hughes e Strauss, 1961 e Bloom, 1971). Os estudos que focalizaram os aspectos psicossociais destacaram noções que foram reiteradas em muitas pesquisas e trataram, dentre outros aspectos, do “destino do idealismo”, do desenvolvimento de uma auto-imagem profissional, do treinamento para a incerteza, do treinamento para a neutralidade, do enfrentamento do árduo trabalho médico e de como manejar os erros (Nunes, 1999).

Light (1988), ao revisar o campo da sociologia da educação médica, lembra que, nos anos 80, alguns estudos dedicaram-se a aspectos estruturais, visando conhecer as relações entre o

refreamento dos custos e a ênfase da medicina acadêmica no uso do aparato tecnológico no diagnóstico e tratamento, entre a responsabilidade por um grande número de casos e o desejo de focalizar sobre “casos” para o ensino médico, entre os extraordinários benefícios dos poderosos novos medicamentos ou procedimentos e seus potenciais danos. Outro ponto levantado é sobre como sociólogos e educadores médicos podem beneficiar-se do ressurgimento de estudos longitudinais em educação médica, enfatizando a necessidade de serem comparativos e de caráter mais estruturais do que os realizados no passado. São inúmeras as possibilidades que se abrem aos estudos nesta área, e que clamam a presença de enfoques sociológicos, tanto aqueles que se voltam para as pesquisas dos papéis do médico e do paciente, em especial dos pacientes ambulatoriais, ou das investigações sobre a própria profissionalização e, em particular, do papel da mulher no cenário médico-assistencial, ou revisando conceitos que foram amplamente usados nos estudos da profissão médica, como é o caso da “autonomia profissional”, limitada pelas atuais perspectivas culturais, pelos protocolos clínicos, pela informática médica, em suma, pelo quadro organizacional que contextualiza a prática médica. Outro ponto destacado refere-se ao fato de que um novo quadro abre-se em

relação à especialização, no momento em que ela se supermultiplica, mas também de como responder nessa situação às demandas dos pacientes num quadro no qual a organização dos serviços enfrenta diferentes formas de pagamentos. Dois outros temas são lembrados por Light (1988): o que se dirige para a análise dos processos socializatórios dos médicos e da busca das suas identidades – nos quais *médicos e educadores parecem estar lutando para dar significado ao seu trabalho e dar sentido de engajamento profissional* e o que se refere às *relações entre especialização e cuidado primário, entre centros médicos acadêmicos e profissionais na comunidade*, quando se observa a *defasagem que se estende entre a espécie de cuidado que a maioria da população necessita e o desejado pelos cost-conscious buyers e a espécie de medicina ensinada pela medicina acadêmica*. Sem dúvida, o destaque é a necessidade cada vez maior de enfatizar os estudos que levem em consideração as relações entre as redes comunitárias e as instituições que fazem parte do contexto onde se localizam os centros médicos acadêmicos.

Como pode ser observado, essas análises transcendem o seu espaço de origem – os Estados Unidos –, se estendem e podem ser importantes para outros países, tanto em relação ao ensino propriamente dito, quanto à pesquisa dos aspectos sociais da educação médica.

Com referência às experiências relatadas neste trabalho, chegamos às seguintes conclusões:

- a) o ensino continua tendo um papel fundamental na reprodução do conhecimento das ciências sociais em saúde;
- b) embora persistam diferenças entre as várias experiências pedagógicas, o ensino das ciências sociais tem procurado estabelecer uma interação entre os conhecimentos biomédicos e sociomédicos;
- c) em sua grande maioria, as experiências de ensino situam-se nos anos pré-clínicos;
- d) em relação aos objetivos, observa-se que há uma preocupação em aplicar os aportes teóricos das ciências sociais a diferentes situações, tanto na clínica quanto na comunidade;
- e) em relação aos conteúdos, percebe-se uma grande dispersão temática que se estende desde o ensino de conceitos básicos de ciências sociais a assuntos específicos da área da saúde;
- f) para fins analíticos, os conteúdos foram classificados nos seguintes grupos temáticos: comportamento pessoal, comportamento interpessoal, comportamento do médico, comunidade e meio ambiente, organização do cuidado à saúde, organização e estratificação social, políticas de saúde, ética e bioética e diversos;
- g) persistem as aulas expositivas, mas tem ocorrido uma crescente adoção dos métodos ativos de ensino em pequenos grupos, assim como atividades de pesquisa e entrevistas;
- h) saliente-se, em algumas experiências, a importância da adoção de recursos audiovisuais, especialmente filmes.

Agradecimentos

Para Marcus Vinicius Campos, Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, Silvio Silveira do Amaral, pela colaboração no levantamento bibliográfico e resumo de artigos.

Referências bibliográficas

- Almeida MJ 2001. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica* 25(2):43-51.
- Annandale E & Field D 2001. Medical sociology in Great Britain, pp. 246-262. In Cockerham WC (ed.). *The Blackwell Companion to medical sociology*. Blackwell Publishers, Londres.
- Badgley RF (ed.) 1966. *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*. Fundación Milbank Memorial, Nova York.
- Becker HS, Geer B, Hughes EC & Strauss A 1961. *Boys in white: student culture in medical school*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Berelson B 1968. Behavioral sciences, pp. 41-45. In *International Encyclopedia of Social Sciences*. Macmillan and Free Press, Nova York.
- Blackwell B & Torem M 1982. Behavioral science teaching in U.S. medical schools: a 1980 national survey. *American Journal of Psychiatry* 139(10):1.304-1.307.
- Bloom SW 1963. *The doctor and his patient: a sociological interpretation*. Russell Sage Foundation, Nova York.
- Bloom SW 1971. The medical school as a social system. A case study of faculty student relations. New York, *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(2), part 2.
- Bloom SW 1988. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *Journal of Health & Social Behavior* 29:294-306.
- Campos RZ & Nunes ED 1976. O ensino das ciências sociais nas escolas profissionais da área da saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 10:383-390.
- Carr J 1981. Teaching behavioral sciences in medical education: a ten-year progress report. *Journal of Medical Education* 56:667-669.
- Christakis NA 1995. The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. *JAMA*, 274(9):706-711.
- Cinaem - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico 2000. *Preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto CINAEM - III Fase - Relatório 1999-2000*. UFPe, Pelotas.
- Cockerham WC (ed.) 2001. *The Blackwell Companion to medical sociology*. Blackwell Publishers, Londres.
- Cockerham WC 1983. The state of medical sociology in the United States, Great Britain, West Germany and Austria: applied vs pure theory. *Social Science & Medicine* 17(20):1.513-1.527.
- Coe RM 1975. Teaching behavioral sciences in schools of medicine: observations on some Latin-American schools. *Social Science & Medicine* 9:221-225.
- Fernandes ME & Oliveira JED 1998. Em busca de novas propostas para o ensino médico: contribuições das ciências sociais. *Medicina* 31:456-459.
- Field D 1988. Teaching sociology in UK medical schools. *Medical Education* 22:294-300.
- Fox RC 1989. *The sociology of medicine: a participant observer's view*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nova Jersey.
- Gaete Avaria J & Tapia Porta I 1970. Ciencias sociales: una discusión acerca de su enfoque en medicina. *Cuadernos Médico-Sociales*, Chile, 9(2).
- García JC 1972. *La educación médica en la América Latina*. Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C. (Publ. Cient. 255).
- Gessner PK, Katz LA & Schimpfhauser FT 1981. So-ciomedical issues in the curriculum: a model for institutional change. *Journal of Medical Education* 56: 987-993.
- Goffman E 1961. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, Doubleday & Co, Nova York (reprinted Penguin Books, 1973).
- Hernández M & Quevedo E 1992. História, ciências sociais e educação médica. *Educación Médica y Salud* 26: 35-50.
- Herlitz C 1985. Sociology of health and illness in France, retrospectively and prospectively. *Social Science & Medicine* 20(2):121-122.
- Hurster M 1981. Behavioral science offerings of selected U.S. medical schools. *Public Health Reports* 96(2): 173-177.
- Joseph A et al. 1992. The teaching of behavioural sciences. *Medical Education* 26:92-8.
- Kegeles SM, Jonsen AR & Jameton A 1985. A course for senior medical students. *Journal of Medical Education* 60:876-878.
- Light DW 1988. Toward a new sociology of medical education. *Journal of Health and Social Behavior* 29:307-322.
- MacGregor FC 1960. *Social science in nursing: applications for the improvement of patient care*. Russell Sage Foundation, Nova York.
- McGuire FL & Friedmann CTH 1981. Revision and evaluation of a course in behavioral sciences. *Journal of Medical Education* 56:363-365.
- MacLeod SM & McCullough HN 1994. Social Science education as a component of medical training. *Social Science and Medicine* 39:1.367-1.373.
- Marsiglia RG & Spinelli SP 1995. As ciências sociais em saúde e o ensino, pp. 123-132. In AM Canesqui (org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. Ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Merton RK 1957. Some preliminaries to a sociology of medical education, pp. 3-79. In RK Merton, GG Reader & PL Kendall (ed.). *The student-physician - introductory studies in the sociology of medical education*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Nathan RG & Allen JH 1982. Coordinated behavioral science curricula in American medical schools. *Journal of Medical Education* 57:401-403.
- Nunes ED 1985. As ciências sociais nos planos de estudos de graduação e pós-graduação, pp. 427-455. In ED Nunes (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. OPAS, Brasília.
- Nunes ED 1992. As ciências sociais em saúde no Brasil e na América Latina, pp. 25-44. In AWP Spinola et al. *Pesquisa social em saúde*. Cortez Editora, São Paulo.
- Nunes ED 1999. *Sobre a sociologia da saúde*. Ed. Hucitec, São Paulo.
- Ojanlatva A et al. 1995. Teaching sociology of medicine: the group process. *Medical Education* 29:205-210.
- OPS - Organización Panamericana de la Salud 1976. *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social: 20 años de experiencia latinoamericana*. OPS/OMS, Washington (Publ. Cient. 324).
- Orbell S & Abraham C 1993. Behavioural sciences and the real world: report of a community interview scheme for medical students. *Medical Education* 27:218-228.
- Osei Y 1985. Undergraduate teaching of the behavioural

- sciences at a new medical school in Ghana. *Medical Education* 19:368-373.
- Parsons T 1951. *The social system*. The Free Press, Glencoe, Ill.
- Pescosolido BA 1990. Teaching medical sociology through film: theoretical perspectives and practical tools. *Teaching Sociology* 18:337-46.
- Petersdorf RG & Feinstein AR 1981. An informal appraisal of the current status of medical sociology. *JAMA* 245:943-950.
- Priol B. & Rabinowitz B 1988. Teaching social sciences in the clinical years through psychosocial conferences. *Journal of Medical Education* 63:555-558.
- Quintana PEB 1989. La incorporación de las ciencias sociales en la enseñanza de las ciencias de la salud: una historia conflictiva. *Cuadernos Médico Sociales* 48: 5-11.
- Reid M 2002. The development of medical sociology in Britain. Disponível em <http://medsocbsa.swan.ac.uk/GROUPBUS/history2A.htm>. Acesso em 26/4/2002.
- Riska E & Vinent-Johansen P 1981. The involvement of the behavioral sciences in American medicine: a historical perspective. *International Journal of Health Service* 11:583-596.
- Rosen G 1979. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. (Trad. de Ângela Loureiro de Souza). Graal, Rio de Janeiro.
- Sachs LA, McPherson C & Knopp W 1984. Elective modules in the behavioural sciences. *Medical Education* 18:11-14.
- Sigerist HE [1929] 1960. The special position of the sick, pp. 9-22. In Roemer MI Henry E. *Sigerist on the sociology of medicine*. MD Publications, Nova York.
- Stern BJ 1927. *Social factors in medical progress*. Columbia University Press, Nova York.
- Straus R 1957. The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review* 22:200-204.
- Taylor KM, Shapiro M, Kelner M 1983. The integration of behavioural science theory and clinical experience for second-year medical students. *Journal of Medical Education* 58:353-355.
- Villanueva CC & Quintana SP 1981. *Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Weller RO 1985. The use as a learning resource of the community in which the medical school is situated: the Medical School, Southampton. *Medical Education* 19:189-195.
- Wells KB, Benson C & Hoff PA 1986. Planning and integrating a behavioural sciences curriculum. *Medical Education* 20:28-34.

Artigo apresentado em 7/10/2002

Aprovado em 28/10/2002

Versão final apresentada em 11/11/2002