

Saúde, multidisciplinaridade e sociedade

David Tavares¹⁻²

1. Departamento das Ciências Sociais e Humanas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa, Portugal. david.tavares@estesl.ipl.pt
2. Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal.

RESUMO: No presente artigo procede-se à análise acerca dos processos de investigação multidisciplinares, tendo em conta as particularidades inerentes ao campo da saúde e a relação que se estabelece entre saúde e sociedade. Começa-se por enquadrar a multidimensionalidade e complexidade que envolvem o campo da saúde, só passível de ser entendido, em toda a sua amplitude e totalidade, através da mobilização de conhecimentos provenientes das diferentes áreas disciplinares. Contudo, apesar de a comunidade científica ter vindo a reforçar a consciência da necessidade de produção de um conhecimento mais global e alargado, a tendência geral parece apontar no sentido (inverso) da disciplinaridade e do especialismo científico, com efeitos na territorialização e fechamento das equipas de investigação. Neste contexto, considera-se a reconfiguração da relação entre saúde e sociedade e o espaço do contributo das ciências sociais e da sociologia em particular nos processos de investigação multidisciplinares em saúde.

Palavras-chave: Saúde; Multidimensionalidade; Multidisciplinaridade; Sociedade

Health, multidisciplinary and society

ABSTRACT: In this article, I analyze the multidisciplinary research, regarding the particularities of the field of health and the relationship established between health and society. It begins by framing the multidimensionality and complexity that involves the field of health, which can only be understood, in all its breadth and totality, through the mobilization of knowledge from the different disciplinary areas. However, although the scientific community has reinforced the conscience of the need to produce a more global and broader knowledge, a general trend seems to indicate in the (inverse) sense of disciplinarily and scientific specialism, with effects on the territorialization and closure of the research teams. In this context, the reconfiguration of the relationship between health and society and the place of contribution of the social sciences, and, in particular, of sociology in the processes of multidisciplinary research in health.

Keywords: Health; Multidimensionality; Multidisciplinarity; Society

A multidimensionalidade e complexidade de que se reveste o campo da saúde constitui o ponto de partida do presente artigo para a análise das potencialidades, atuais e futuras, de desenvolvimento de projetos científicos multidisciplinares conducentes a um conhecimento global e mais alargado, não obstante o contexto geral apontar no sentido inverso, ao favorecer a predominância do especialismo científico. Neste enquadramento, abordam-se os fatores e as transformações sociais que têm estado na origem da reconfiguração da relação entre saúde e sociedade, num contexto propício ao incremento da investigação multidisciplinar entre as dife-

rentes ciências que intervêm no domínio da saúde e as ciências sociais.

1. A multidimensionalidade do campo da saúde

A saúde envolve diferentes dimensões (biológica, psicológica, social, cultural, ...) em simultâneo e uma pluralidade de componentes, só passíveis de ser entendidas em toda a sua amplitude e totalidade, de forma multicausal e multidimensional. Deste modo, a saúde abrange uma diversidade de aspetos, cuja complexidade é irredutível a uma dimensão ou a dimensões parciais da realidade. Como assinala Madel Luz,

“reduzir essa enorme complexidade a um paradigma único, seja em termos de modelos disciplinares, seja em termos de formas de expressão de sua produção, significa reduzir o campo a uma única dimensão, diminuindo-o e empobrecendo-o”^{1:304}.

Sendo a realidade uma e una, é, de facto, pluridimensional e, portanto, passível de ser observada a partir de vários ângulos e de distintos códigos de leitura, patrimónios científicos, teorias, enquadramentos conceptuais, interesses, objetivos, problemas de investigação, métodos e técnicas de pesquisa que estão na origem do estabelecimento de fronteiras entre as diferentes disciplinas. Não obstante o estabelecimento dessas fronteiras e o enfoque em diferentes dimensões suscetíveis de interessar a cada disciplina, bem como as distintas óticas de análise, todas as disciplinas observam a mesma realidade indivisível; de facto, o domínio da realidade que todas abordam é só um².

Nesta linha de ideias, as fronteiras entre os diferentes campos disciplinares, quer sejam entre as diferentes ciências sociais quer sejam entre a dimensão social e individual ou ainda entre as ciências naturais e as ciências sociais, não se estabelecem em termos da realidade mas através dos diferentes códigos de leitura dessa realidade. Assim, não existem realidades diferentes para as várias componentes da sociedade (económica, política, cultural, etc.) nem existe uma realidade para o indivíduo e outra para o grupo social, se tomarmos como exemplo as representações individuais e as representações sociais; no domínio da realidade são uma e a mesma coisa, o que as diferencia são as formas de observação, interpretação, análise e investigação, a partir de diferentes ângulos, por diferentes áreas disciplinares.

Do mesmo modo, os fenómenos naturais e os fenómenos sociais fazem parte de uma mesma realidade e influenciam-se mutuamente. A este propósito, Boaventura de Sousa Santos considera que “a distinção entre ciências naturais e ciências sociais deixou de ter sentido e utilidade”^{3:37}, referindo que uma perspetiva global da realidade impõe a superação desta dicotomia através da integração do conhecimento científico-natural no conhecimento científico-social e vice-versa. O conceito de *embodiment* (em português tem-se adotado crescentemente o termo *incorporação*) consubstancia-se como um bom exemplo de alternativa analítica no sentido de ultrapassar a dicotomia entre o natural e o social, reportando-se à experiência humana quotidiana da vivência de ser e de ter um corpo uno e indivisível, o que pressupõe a perceção do mundo como «incorporado», integrando simultaneamente os membros, os órgãos, o conhecimento e a experiência social dos corpos ou, se quisermos, a ideia de pessoa totalmente incorporada no contexto sociocultural, integrando simultaneamente o corpo, a mente e a sociedade⁴⁻⁶.

A distinção dualista e dicotómica entre as ciências naturais e as ciências sociais surge frequentemente associada a outros atributos assentes em pré-noções, como, por exemplo, o entendimento da objetividade enquanto apanágio das ciências naturais e da subjetividade enquanto «marca» das ciências sociais como se, em ambos os casos, o conhecimento produzido não resultasse de pressupostos e protocolos de cientificidade assentes em bases objetivas e simultaneamente

de juízos de valor e interpretações subjetivas dos investigadores. De facto, não obstante os objetos de estudo das ciências sociais* (humanos, em última instância) tornarem mais provável a presença da subjetividade, a fronteira entre a objetividade e a subjetividade é dificilmente delimitável em qualquer ciência e ambas estão presentes em todos os domínios do conhecimento, científico ou leigo.

Esta constatação é acrescida no domínio da saúde que assenta num conceito subjetivo e difícil de operacionalizar. A subjetividade do conceito de saúde exprime-se nos múltiplos entendimentos periciais (influenciados simultaneamente por pressupostos científicos e por valores sociais) e leigos acerca do seu significado, bem como da dificuldade de estabelecer a fronteira entre a saúde e a doença, nas suas diferentes dimensões. Ainda que esta fronteira se possa estabelecer com base num critério aparentemente objetivo, assente no diagnóstico médico de uma doença, subsistem os fatores e juízos de valor subjetivos, relacionados com a subjetividade inerente a parte dos diagnósticos e dos atos médicos, em particular os que se reportam a situações em que está presente um grau elevado de incerteza e indeterminação. De facto, os diagnósticos podem variar de médico para médico, sintomas equivalentes podem gerar diagnósticos distintos face à presença ou ausência de doença⁶⁻⁷.

A dificuldade de operacionalização deste conceito expressa-se na própria definição adotada pela Organização Mundial da Saúde, em 1946 (“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”), que em termos abstratos recolhe algum consenso (apesar de idealista e confundível com as noções de bem-estar, felicidade e qualidade de vida que são, de facto, distintas da de saúde[†]), mas não é passível de mobilizar empiricamente, por exemplo, através da construção de “indicadores sensíveis na estimação do bem-estar nas suas três dimensões”^{9:11}.

Ao invés do que se enfatiza quando se estabelecem distinções dualistas entre as ciências, apesar de estas se distinguirem através da sua relação com os objetos de estudo (que podem ser «naturais» ou «humanos», individuais ou sociais) ou através de diferentes patrimónios científicos, existe um conjunto de características comuns ao conhecimento científico, perante as quais o conjunto dos cientistas e investigadores falam uma linguagem comum e, neste sentido, interdisciplinar. Sem ser exaustivo na identificação dessas

* A particularidade dos objetos de estudo das ciências sociais reside no facto de serem eles próprios sujeitos que se autoanalisam e observam o investigador, não podendo ser reduzidos à posição de meros «objetos de estudo», em relação aos quais este possa guardar um distanciamento semelhante, por exemplo, ao dos físicos relativamente aos átomos⁸.

† Como salienta Luísa Ferreira da Silva, “definir saúde é difícil, para além da definição geral e vaga que a OMS cunhou de ‘bem-estar global e biopsicossocial’. ‘Doce’ na sua formulação pela ausência de referência à doença ou ao corpo, operacionalizada na perspetiva das condições globais da existência humana, o que essa definição faz é substituir o conceito de saúde pelo de bem-estar, igualmente de complexa definição, forçado é reconhecer”^{10:13}.

características, salientaria a problematização assente numa postura interrogativa, reflexiva e de constante questionamento crítico, o rigor, a sistematização, a racionalidade, o aprofundamento e complexificação, a desconstrução e as ruturas epistemológicas essenciais a todo o tipo de conhecimento.

2. Disciplinaridade e multidisciplinaridade

Considerando os aspetos atrás expostos, a compreensão global da realidade que envolve a saúde apela à mobilização do conhecimento de diferentes áreas disciplinares, seja no interior de cada área, de forma relativamente separada das restantes, seja no contexto da investigação multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar[‡] que produz potencialmente um saber mais global e mais alargado, assente simultaneamente na possibilidade de mobilização de um leque de conhecimentos produzidos nas várias áreas disciplinares que ultrapasse os limites sempre restritos de cada área e na diversidade de conceções teóricas e metodológicas, tanto maior quanto maior for a diversidade de tradições científicas existentes nas equipas de investigação, nos centros de investigação e nas instituições de ensino.

Os processos multidisciplinares integram simultaneamente a unidade do conhecimento científico e a especificidade proveniente do património e da identidade de cada uma das disciplinas envolvidas, cujo conhecimento não é exterior à sua produção, inscrevendo-se nos princípios teórico-metodológicos que lhes são inerentes. Por isso, a investigação realizada por equipas multidisciplinares, a exemplo dos diferentes contextos multidisciplinares que possam estar presentes em processos de ensino, pressupõe uma relação cooperativa e não hegemónica, ou seja, subentende a não hierarquização, controlo, subalternização ou ascendente disciplinar de uns saberes face aos outros[§], o que depende consideravelmente

[‡] Não sendo o objetivo do presente artigo aprofundar esta distinção concetual, vale a pena distinguir as noções de multidisciplinaridade que se reporta ao contributo simultâneo do conhecimento de diferentes áreas disciplinares para o estudo de um determinado objeto, interdisciplinaridade que pressupõe a interação e articulação entre essas áreas disciplinares num determinado estudo ou processo de investigação realizado em torno de uma problemática comum e a transdisciplinaridade que supõe um produto final resultante de um processo de «fusão» entre as diferentes áreas disciplinares, visando, de certo modo, a unidade do conhecimento que, deste modo, transcende as fronteiras científicas tradicionais.

[§] Por exemplo, a fase inicial da história da sociologia da medicina nos Estados Unidos da América, em meados do século XX, expressa bem a sua tendencial subalternização e posicionamento de complementaridade e dependência face à agenda, aos interesses e aos pressupostos científicos da medicina, caracterizando-se, de forma geral, pela vertente aplicada e instrumental, sendo os conceitos e os métodos da sociologia utilizados para analisar e resolver necessidades e problemas definidos essencialmente no interior do campo médico e das instituições de saúde, no quadro do que Straus¹¹ designou por «sociologia na

do reconhecimento da diversidade científica e da aceitação, efetiva e não apenas discursiva, das especificidades de cada disciplina no quadro do respeito pelos seus padrões e competências, bem como pelo princípio da autonomia dos seus saberes próprios. Assim, a unidade do conhecimento científico, potenciada pelos projetos de investigação interdisciplinares, não contradiz a necessidade de garantir a especificidade do contributo proveniente do património teórico e metodológico que traduz a particularidade de cada disciplina, ou seja, a interdisciplinaridade não anula a disciplinaridade[¶].

O apelo à interdisciplinaridade é maior quando se tem em consideração que os conhecimentos científicos não são rigidamente compartimentáveis e as suas fronteiras relativamente ao mesmo objeto não são facilmente delimitáveis e, muitas vezes, são artificiais. Se tomarmos como exemplo a análise e mobilização de indicadores de exposição ao risco de contração de determinadas doenças ou de indicadores de saúde em geral, verifica-se uma sobreposição e interseção considerável entre a sociologia, saúde pública, epidemiologia, antropologia, demografia, geografia humana, economia, ciência política, história e psicologia social. Neste contexto, “hoje, no terreno das práticas concretas de investigação, é difícil resistir à constituição de pontes teóricas entre várias áreas disciplinares que têm vindo a adquirir zonas de abertura à problemática da saúde e da doença como problemática global”^{9:20}.

A reflexão sobre esta questão torna-se mais premente num contexto em que, se por um lado parece reforçar-se, na consciência da comunidade científica, a ideia da necessidade de “um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa”^{3:39-40}, investigação fundamental/investigação aplicada, trabalho científico/trabalho profissional, etc., separações assentes em dicotomias quase sempre segregadoras e que não têm que ser mutuamente exclusivas, por outro lado, a organização do trabalho científico e profissional favorece a especialização[¶], fragmentação, parcelarização, disciplinarização, insularização e proliferação de atividades e funções, tendência, aliás, transversal às dife-

medicina», em contraponto com a «sociologia da medicina» que supõe a autonomização e o desenvolvimento de problemáticas especificamente sociológicas.

[¶] A este propósito, José Madureira Pinto salienta que “o princípio da interdisciplinaridade é, entre nós, assumido desde os escalões mais elementares do ensino formal sem que, paralelamente, segundo me parece, se explicita e concretize devidamente um outro, o de que as abordagens interdisciplinares pressupõem o domínio prévio de sistemas de conceitos e operadores teóricos de base disciplinar”^{12:39}.

[¶] Neste âmbito, o conceito de especialização é abordado “no sentido do domínio, pelo indivíduo de um arco limitado de intervenções ou de conhecimentos (...) tem sempre um sentido oposto a universalização (ou a polivalência)”^{15:74-75}.

rentes áreas científicas e profissionais. Neste contexto, a especialização dá-se “tanto no sentido de criação de novas disciplinas científicas quanto na direção de subdivisões internas nos próprios campos disciplinares”^{13:33}, ou seja, no sentido da disciplinaridade.

De facto, por um lado verifica-se algum reconhecimento relativamente ao carácter global e multifacetado do conhecimento mas, por outro lado, a tendência dominante na divisão social do trabalho e na produção científica favorece, de modo (só) aparentemente contraditório, a predominância do especialismo científico que tem produzido, nas diversas áreas do conhecimento, o efeito de separação dos fenómenos, dividindo a realidade em partes compartimentadas, com base na própria territorialização e fechamento das equipas de investigação. Em consequência disso, tende a perder de vista a perspetiva global da realidade.

Se, por um lado, o processo de especialização da produção científica desincentiva a colaboração entre investigadores provenientes de diferentes áreas disciplinares, por outro lado, têm aumentado as experiências de colaboração entre investigadores de diferentes áreas, cada vez mais especializadas, em torno de um objeto comum, no quadro de trabalhos de investigação multidisciplinares, com vista à obtenção de um conhecimento simultaneamente mais global e mais especializado. Estas experiências, que têm “a virtualidade de pôr em prática a multidisciplinaridade no campo científico que tantas vezes se reclama mas que poucas vezes se efetiva”^{14:199}, decorrem em diferentes âmbitos, nomeadamente no quadro de projetos de investigação científica ou da constituição de redes temáticas e de investigação sobre temas específicos e não resultam de campos disciplinares abstratos que interagem entre si, mas da prática quotidiana dos cientistas e investigadores que constroem as práticas científicas¹³.

3. Saúde e sociedade

Aparentemente, a crescente visibilidade da influência dos fenómenos e dos processos sociais nas questões de saúde poderá abrir campo ao desenvolvimento de projetos de investigação multidisciplinares entre as diferentes ciências que intervêm no domínio da saúde e as ciências sociais, em particular a sociologia. De facto, é facilmente constatável a estrita relação existente entre saúde e sociedade, à medida que se vai tornando como um dado cada vez mais adquirido o pressuposto de que a compreensão global acerca da saúde e da doença não permite ignorar os contextos sociais em que estas ocorrem, a influência das condições materiais e culturais em que os indivíduos vivem, as perceções e as práticas resultantes das suas experiências sociais, bem como as relações sociais específicas que estabelecem⁶.

É neste quadro que se verifica, nas últimas décadas, um aumento crescente da mobilização dos fatores e das variáveis sociais pelas diferentes ciências que estudam o campo da saúde, incluindo as ciências médicas. Com efeito, no contexto da adoção de políticas e práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção da doença, a evolução das ciências médicas e das diferentes ciências da saúde atribui progressivamente maior ênfase aos fatores sociais subjacentes à saúde

e à doença, orientando cada vez mais a sua atenção para os aspetos relacionados com as práticas sociais e com os estilos de vida, ao que não é alheia a observação de que o declínio da mortalidade precoce e o controlo da doença têm uma relação inequívoca com domínios da vida social contemporânea, como os hábitos alimentares, a higiene, as questões ambientais, as condições de habitação, as infraestruturas públicas, o planeamento urbano, o acesso a recursos de saúde, mas também a recursos materiais e informacionais. De facto, a saúde tem um espectro muito alargado e cresce a consciência de que “a implementação dos sistemas de cuidados de saúde só terá resultados eficazes se for acompanhada de uma política social de melhoria das condições de vida básicas”^{16:58}.

O espectro alargado do campo da saúde e a sua «extensão» crescente ao domínio do social está relacionado com o processo de medicalização das sociedades contemporâneas de modernidade avançada e intermédia, ou seja, o “processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios”^{17:209}, como resultado da “crescente intervenção médica na gestão da existência humana, incluindo a intervenção sobre condições corporais e comportamentais tradicionalmente aceites como exteriores ao quadro estrito da patologia e que passam a ser geridas como doenças”^{18:6}.

É neste quadro de medicalização que se verifica um alargamento progressivo da atividade, vigilância e jurisdição médica relativamente a áreas que anteriormente eram do domínio exclusivo das práticas sociais quotidianas, como a alimentação, obesidade, dislexia, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, depressão, *stress*, perturbações do sono, estilos de vida, consumos, alcoolismo, relação com o corpo, infertilidade, sexualidade ou envelhecimento. Trata-se de um processo que, favorecido pelo peso crescente que nas sociedades contemporâneas é atribuído à promoção da saúde e à prevenção da doença, transpôs a cultura médica e disseminou-se no espaço público⁶.

As transformações sociais ocorridas mais recentemente no domínio da saúde, ou com efeitos neste campo, não resultaram apenas no alargamento da sua área às práticas sociais mas, mais do que isso, originaram a própria reconfiguração das fronteiras que delimitam a saúde e a doença. Um exemplo paradigmático desta redefinição de fronteiras reside nos consumos terapêuticos orientados para a *performance* e a gestão do desempenho pessoal, uma prática que ultrapassa o domínio exclusivo da saúde e da doença para se inscrever em outras áreas situadas para além da tradicional linha de fronteira entre a saúde e a doença e de aspetos distantes do campo da patologia, como, por exemplo, o desempenho sexual e o combate ao envelhecimento, que não se relacionam necessariamente com finalidades terapêuticas¹⁹.

As transformações no campo da saúde têm conduzido igualmente à redefinição das fronteiras entre o universo pericial e o universo leigo, com reflexos na alteração verificada na relação entre os utentes e os profissionais de saúde, bem como em termos de determinados procedimentos organizacionais e políticos. Neste âmbito observa-se o aumento da atenção conferida às perspetivas dos doentes e da população em geral e o reconhecimento da necessidade de auscul-

tação, conhecimento e valorização das suas percepções e expectativas**, num contexto em que se altera e complexifica a relação entre os saberes leigos e os saberes periciais, com consequências na relação terapêutica, no sentido da maior participação e controlo da população no processo de gestão e das tomadas de decisão relacionadas com a saúde e a doença, bem como da maior paridade no relacionamento com os médicos e com os profissionais de saúde em geral.

Por sua vez, os próprios efeitos sociais das inovações científicas e tecnológicas da biomedicina^{††} que criaram capacidades sem precedentes de manipulação da vida estão no cerne de transformações profundas na redefinição do entendimento e da experiência da saúde e da doença^{‡‡}, bem como da intervenção médica. O conhecimento e intervenção relativamente a estas transformações não dispensam a consideração acerca das implicações e das consequências das inovações biomédicas, bem como dos processos sociais que lhes estão subjacentes e cuja compreensão global exige uma abordagem multidisciplinar²⁰.

As consequências do desenvolvimento da biomedicina relativamente à capacidade de intervenção na vida humana e de transformação das características dos organismos humanos suscitam igualmente novas interrogações e desafios éticos transversais que transpõem as fronteiras disciplinares e contemplam um leque amplo que não se reduz às formas de regulação inspiradas nos fundamentos da ética biomédica, mas inscrevem-se igualmente no conjunto diversificado de valores sociais e no plano dos fundamentos sociais, culturais, históricos e políticos subjacentes aos debates éticos²².

Este quadro de alargamento do campo da saúde e de profundas transformações sociais ocorridas, com reflexos neste domínio, originou um interesse acrescido por parte das ciências da saúde relativamente à dimensão social da saúde e da doença, cujos temas são, aliás, recorrentes nos seus discursos, em particular os que estão relacionados com as práticas sociais e com os estilos de vida. A frequência de cursos de pós-graduação (mestrados, doutoramentos ou cursos de pós-graduação não conferentes de grau em temas especializados) por um número significativo de profissionais

** O reconhecimento desta necessidade está, de certa forma, plasmado na aferição da satisfação dos utentes, realizada no âmbito dos sistemas de qualidade dos serviços de saúde.

†† São múltiplas as inovações científicas e tecnológicas da biomedicina. A título de exemplo, refiram-se a descodificação do código genético, o desenvolvimento das nanociências e nanotecnologias, da farmacogenómica, dos transplantes a partir da doação de órgãos, da monitorização à distância do estado dos doentes, das biotecnologias alimentares²⁰.

‡‡ A este propósito, referindo-se aos efeitos do risco genético sobre as novas formas de entender e experienciar a saúde e a doença, Felismina Mendes²¹ salienta os indivíduos que não são doentes nem sabem quando a doença se irá manifestar, contudo, desempenham todos os papéis inerentes ao estatuto de doente. A autora sublinha que o desenvolvimento das práticas sociais e da intervenção terapêutica no sentido da prevenção dos riscos tende a transformar todos os indivíduos em potenciais doentes.

das diversas áreas do campo da saúde e a adoção de métodos e técnicas provenientes das ciências sociais em trabalhos de investigação em ciências da saúde são apenas dois dos indicadores reveladores do seu interesse pela dimensão social da saúde.

A adoção de métodos e técnicas de investigação provenientes das ciências sociais, em contextos de ensino e de investigação realizada no âmbito das diversas áreas da saúde (saúde pública, enfermagem, tecnologias de diagnóstico e terapêutica, etc.), bem como no suporte à investigação clínica, insere-se seguramente no processo de maior abertura de fronteiras disciplinares, embora sejam frequentemente utilizadas sem o rigor científico necessário e exigível à credibilidade dos resultados obtidos, quer em termos técnicos quer relativamente à reflexão epistemológica e metodológica acerca da forma como essas técnicas são mobilizadas. Nesse sentido, uma das vantagens (não a principal) do envolvimento das ciências sociais (e da sociologia em particular) na investigação multidisciplinar no campo da saúde reside seguramente na forte probabilidade de maior controlo epistemológico e metodológico sobre os requisitos técnicos e científicos da utilização destes métodos e técnicas.

Na maioria dos casos em que as ciências da saúde recorrem aos métodos e técnicas provenientes das ciências sociais, quer em estudos monodisciplinares quer em estudos multidisciplinares, sobressai o uso dos métodos quantitativos, em particular a utilização de técnicas de recolha de tipo extensivo, traduzidas na insistência quase exclusiva do uso rotinizado do inquérito, no quadro da tendência predominante para o «monismo metodológico». Contudo, em termos metodológicos, as potencialidades da investigação empírica multidisciplinar no campo da saúde com o envolvimento das ciências sociais não se esgota, obviamente, nos estudos quantitativos; pelo contrário, o recurso a métodos e técnicas qualitativas (investigação-ação, *focus group*, entrevista, observação direta, análise de conteúdo) tem, neste âmbito, um grande potencial ao permitir descodificar e conhecer com maior detalhe e profundidade os processos, contextos, percepções, racionalidades, lógicas, experiências e práticas de saúde dos diferentes atores sociais, aspetos imprescindíveis para o conhecimento global dos fenómenos associados à saúde. Acresce que as opções em torno da estratégia de pesquisa não têm que ser mutuamente exclusivas, podendo apelar a um pluralismo metodológico e técnico, situado no cruzamento de diferentes métodos e prevendo a complementaridade entre as abordagens qualitativa e quantitativa no quadro dos métodos mistos que combinam as duas abordagens, incorporando simultaneamente elementos e técnicas qualitativas e quantitativas^{6,12}.

Sem pretensões de exaustividade, que, aliás, seria improvável num artigo com esta dimensão, procurei partilhar a reflexão que tenho feito acerca dos processos de investigação multidisciplinares, no âmbito das particularidades inerentes ao campo da saúde e às suas transformações, considerando o espaço que as ciências sociais e a sociologia em particular ocupam ou podem vir a ocupar nestes processos. A vantagem principal da multidisciplinaridade que reside na obtenção de

um conhecimento mais global e alargado é acrescida quando se reporta a um campo complexo e multidimensional como o da saúde, cuja compreensão global é irredutível à análise de uma das suas dimensões ou a dimensões parciais da realidade. Por sua vez, a crescente visibilidade da influência dos fenómenos e dos processos sociais nas questões de saúde, bem como as transformações que têm atravessado este campo, convocam o contributo sociológico e das ciências sociais para o conhecimento global da saúde.

A tendência para o especialismo científico e para o fechamento das diferentes áreas disciplinares consubstancia-se como obstáculo ao desenvolvimento da multidisciplinaridade e ao funcionamento efetivo das equipas multidisciplinares, assente na autonomia e paridade entre as diferentes áreas. Contudo, a forma como os investigadores conceberem e construir as suas posturas e práticas científicas, favorecendo mais ou menos a interação entre as diferentes áreas disciplinares, será certamente determinante na definição das tendências futuras.

Referências bibliográficas

- Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática [Complexity of Collective Health field: knowledge and practice multidisciplinary, interdisciplinarity, and transdisciplinarity – a paradigmatic trajectory socio-historical analysis]. *Saúde Soc.* 2009;18(2):304-11. Portuguese
- Nunes AS. Questões preliminares sobre as ciências sociais. Lisboa: Presença; 1971.
- Santos BS. Um discurso sobre as ciências. Porto: Afrontamento; 1987.
- Turner BS. *Regulating bodies: essays in medical sociology.* London: Routledge; 1992. ISBN 9780415069632
- Carapinheiro G. Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção. In: Associação Portuguesa de Sociologia, editor. *Contextos de sociologia-I.* Lisboa: APS; 2004. p. 46-54.
- Tavares D. *Introdução à sociologia da saúde.* Coimbra: Almedina; 2016. ISBN 9789724064451
- Cabral MV, editor. *Saúde e doença em Portugal: inquérito aos comportamentos e atitudes da população Portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde.* Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2002. ISBN 9789726710844
- Tavares D. *Escola e identidade profissional: o caso dos técnicos de cardiopneumologia.* Lisboa: Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa; 2007. ISBN 9789727727230
- Carapinheiro G. A saúde no contexto da sociologia. *Sociol Probl Práticas.* 1986;(1):9-22.
- Silva LF. *Saber prático de saúde: as lógicas do saudável no quotidiano.* Porto: Afrontamento; 2008. ISBN 9789723609110
- Straus R. The nature and status of medical sociology. *Am Sociol Rev.* 1957;22(2):200-4.
- Pinto JM. *Propostas para o ensino das ciências sociais.* Porto: Afrontamento; 1994. ISBN 9789723603217
- Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde Soc.* 2005;14(3):30-50.
- Silva P. Conhecer a doença: os doentes em primeiro lugar. In: Carapinheiro G, Correia T, editors. *Novos temas de saúde, novas questões sociais* Lisboa: Mundos Sociais; 2015. p. 195-200. ISBN 9789898536440
- Freire J. *Variações sobre o tema trabalho.* Porto: Afrontamento; 1997. ISBN 9789723604221
- Silva LF. *Sócio-antropologia da saúde: sociedade, cultura e saúde/doença.* Lisboa: Universidade Aberta; 2004.
- Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization: from badness to sickness.* Philadelphia: Temple University Press; 1992. ISBN 9780877229995
- Lopes N, Clamote T, Raposo H, Pegado E, Rodrigues C. O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa [The natural and the pharmacological: patterns of therapeutic consumption in the Portuguese population]. *Saúde Tecnol.* 2012;(8):5-17. Portuguese
- Lopes NM, Rodrigues CF. Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança [Medicines, performance-enhancing consumption and therapeutic cultures: a process of change]. *Sociol Probl Práticas.* 2015;(78):9-28. Portuguese
- Nunes JA. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. *Oficina CES.* 2006;(253).
- Mendes FR. *Futuros antecipados: para uma sociologia do risco genético.* Porto: Afrontamento; 2007. ISBN 9789723608250
- Nunes JA. Sobre a ética (e a política) da investigação social em saúde. *Sociol Online.* 2011;(3):167-88.

Artigo redigido a convite do Conselho Editorial.