

ANTÔNIO SÉRGIO DA SILVA AROUCA

O DILEMA PREVENTIVISTA
CONTRIBUIÇÃO PARA A COMPREENSÃO
E CRÍTICA DA MEDICINA PREVENTIVA

Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

A Anamaria e Pedro

A meus pais

Mais de um, como eu sem dúvida, escreveu para não ter mais fisionomia. Não me pergunte quem eu sou e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever.

(A Arqueologia do Saber, MICHEL FOUCAULT)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Miguel Ignácio Tobar Acosta, orientador desta tese.

A minha companheira Anamaria, pelo estímulo, sugestões e, sobretudo, por sua visão crítica, da qual espero ter aprendido alguma coisa.

Pelas sugestões e críticas, aos colegas Ricardo Lafetá, Maria Hillegonda, Alberto Pellegrine e Everardo D. Nunes.

Pela cuidadosa revisão dos textos, aos amigos Claudinei Nacarato, Maria Aparecida Baccega e Ecilda Nunes.

Pelo trabalho de datilografia, a Itacy Andrade e Maria Izalina Ferreira Alves.

Às funcionárias da Biblioteca da UNICAMP e, em especial, à Maria Alves de Paula.

Aos meus amigos e colegas Simão, Raimundo, Francisco, Célia, Cristina, Marília e em particular à Eleonora, por suas presenças afetivas em todos os momentos do meu trabalho.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação, que agradeço nas pessoas do Professor Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, Dr. José Romero Teruel, Dr. Luís Benedito Lacerda Orlandi, Dr. Juan César Garcia e Dr. Miguel Marques.

A todos os colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	24
1. A Obra de Michel Foucault	24
2. A História Arqueológica	32
3. A Crítica a Michel Foucault	44
4. Quadro Teórico	48
CAPÍTULO III – A EMERGÊNCIA DA MEDICINA PREVENTIVA	66
1. Higiene	67
2. O Desenvolvimento Central	73
3. A Redefinição do Profissional Médico	81
4. Desenvolvimento Periférico	91
5. A Delimitação	105
CAPÍTULO IV – OS CONCEITOS BÁSICOS	110
1. O Conceito Saúde/ Doença	110
2. A História Natural das Doenças	117
CAPÍTULO V – OS CONCEITOS ESTRATÉGICOS	127
1. A Integração	127
2. A Inculcação e a Resistência	132
3. A Mudança	141
4. O Esquema Evolutivo	144

CAPÍTULO VI – REGRAS DA FORMAÇÃO DISCURSIVA	147
1. A Formação dos Objetos	147
2. A Formação das Modalidades Discursivas	149
3. A Formação dos Conceitos	150
4. A Formação das Estratégias	151
CAPÍTULO VII – MEDICINA PREVENTIVA E SOCIEDADE	152
1. O Cuidado Médico	152
2. O Trabalho Médico e a Produção	156
3. O Capitalismo Monopolista	165
4. A Viabilidade do Projeto Preventivista	170
CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES	176
BIBLIOGRAFIA	180

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A compreensão do complexo “saúde / doença”, como um processo, no qual um conjunto de fatores interagem na determinação de seu desenvolvimento, faz com que os profissionais de saúde – e, em especial, os médicos – tenham à sua disposição uma série de condutas fundamentadas em vários ramos de ciências, para que possam interferir nesse processo. Essas condutas podem ser sistematizadas como: (ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA, 1970d).

1 – conduta diagnóstica, enquanto utiliza métodos e técnicas para a determinação da natureza do processo, sua etiologia, seu estágio atual de evolução e prognóstico;

2 – conduta preventiva, quando tem por objetivo imediato a não ocorrência do processo doença, através da interferência na interação hospedeiro-agente, no meio-ambiente, nos fatores predisponentes, na educação, na promoção da saúde, nas mudanças de hábitos, etc.;

3 – conduta terapêutica, enquanto, após a determinação de natureza do processo, neste interfere ativamente, procurando interrompê-lo ou abreviar e atenuar-lhe a evolução;

4 – conduta de reabilitação, enquanto, já estabelecido o processo e localizados seus danos, procura-se adaptar os hospedeiros a um equilíbrio com esses danos ou minimizá-los.

Diante de cada caso, o conjunto dessas condutas forma uma unidade que constitui o atendimento médico e que, teoricamente, possuiria uma igual importância para a intervenção no processo “saúde / doença”.

Assim, quando, em contato inicial, identificamos as condutas preventivas com a medicina preventiva, podemos encontrar as origens daquelas em remotos tempos históricos, pois elas acompanharam a evolução da própria medicina.

Nas civilizações primitivas, onde a medicina era religiosa e mágica, a prevenção da ocorrência de enfermidades estava naturalmente ligada a um mundo sobrenatural, constituído de deuses e espíritos. De conseqüência, “o médico primitivo usava procedimento sobrenaturais para o diagnóstico e cerimônias médico-religiosas para o tratamento” (SAN MARTIN, 1968).

A medicina egípcia, por exemplo, possuía conhecimentos sobre a inoculação humana contra a varíola, a associação entre a peste bubônica e ratos, bem como um adequado sistema de proteção à infância (LEFF, 1953).

A medicina grega, com Hipócrates, para citarmos outro exemplo, levava em consideração, na determinação das doenças, o clima, a alimentação e as águas; e, ao passo que privilegiava a visão holística do ser humano, criticava a escola médica de Cnidos, que se concentrava sobre o órgão afetado pela doença.

Poderíamos continuar investigando, na história da medicina, a história das condutas preventivas; seria interessante seguir sua evolução através da medicina romana com suas obras sanitárias, das prescrições preventivas existentes em documentos religiosos – como a Bíblia e o Alcorão -; e, prosseguindo, poderíamos adentrar pela medicina das espécies até o nascimento da clínica, atingindo o interior da medicina microbiana do século passado. Todavia, sem desprezar esse importante aspecto, preferimos partir da premissa de que a história das ciências é, basicamente, a história das idéias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento.

A história das idéias não se faz a partir de uma procura das origens, dos precursores, ou enfim, dos começos; isso porque “a história de um conceito é a de seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de usos, dos meios teóricos múltiplos em que prosseguiu e se acabou sua elaboração” (FOUCAULT, 1971^a).

Trata-se, por essa forma, de determinar, em dado contexto social, a que tipo de racionalidade o conceito pertence. Assim, a conduta preventiva da medicina

médico-religiosa não possui o mesmo significado, em termos de conhecimento médico, que aquelas medidas da medicina microbiana ou da medicina preventiva que conhecemos atualmente, já que essas medidas se acham ligadas a tipos diferentes de racionalidade.

A Medicina Preventiva, dentro dessa abordagem, representa um novo fenômeno no campo conceitual da área médica ao estabelecer uma nova articulação com uma sociedade em profundas mudanças decorrentes da chamada revolução industrial. Partimos da hipótese que não existe uma identidade entre as condutas preventivas e a Medicina Preventiva, já que esta não se define nem se esgota na simples não ocorrência de doenças.

BEQUEREL (1883) em seu livro “Tratado Elementar de Higiene Privada e Pública” conceitua Higiene como a ciência que trata da saúde, no duplo aspecto de sua conservação e de seu aperfeiçoamento. A parte desta ciência que trataria da saúde individual seria a Higiene Privada e aquela que trataria da saúde coletiva a Higiene Pública. A Medicina Preventiva seria uma evolução da Higiene Privada ou segundo PONCE e MENDEZ (1950) da Higiene Especial onde ela seria uma das divisões juntamente com a Higiene Social, Higiene Aplicada e Medicina Social.

PEIXOTO (1938), em seu “Tratado de Medicina Pública”, conceitua Higiene como “o conjunto de preceitos buscados em todos os conhecimentos humanos, mesmo fora e além da medicina, tendentes a cuidar da saúde e poupar a vida”. Assim, o autor considera a Higiene como uma medicina já que “... a velha medicina procurava, muitas vezes sem conseguir, curar as doenças, esta (a Higiene) trata da saúde, para evitar a doença”.

A Medicina Preventiva aparece nesta obra como parte da Higiene “... trata dos meios de a defender (a saúde) quando em possibilidade de ser agredida ou já em perigo. Ela cuida do indivíduo e ainda, antes dele, da espécie e da raça; é a eugenia e a previsão da herança mórbida, a regeneração se possível; são os agravos à saúde e os meios de os evitar; acidentes, intoxicações, infecções, doenças de carência e até doenças comuns evitáveis”.

RODRIGUEZ (1945), na Argentina, afirma “... há uma década a medicina preventiva foi englobada dentro do termo Higiene e correspondia especialmente ao campo das enfermidades infecto-contagiosas ... em nossos dias tende-se a diferenciar bem o conceito de Medicina Preventiva e o de Higiene”.

O autor conceitua Medicina Preventiva como “aquelas atividades concernentes aos problemas de saúde dos indivíduos em particular” e conclui tratar-se de “uma ciência de clínicos para clínicos e ... intermediária entre a Higiene e a Clínica”.

Nestas definições iniciais, encontramos a Medicina Preventiva em uma fase que poderíamos chamar de pré-conceitual, dependente de uma outra área. Para nós, resta uma pergunta não formulada: O que determinou que a Medicina Preventiva fizesse a sua ruptura com a Higiene, afirmando-se como disciplina independente?

CLARCK e MacMAHON (1967) analisam que as mudanças ocorridas nos padrões de enfermidades e na própria prática médica levaram a que “o pessoal de serviços de saúde se tornassem compartimentalizados em dois setores administrativos: um preventivo e outro curativo”. Tal divisão demonstrou, com a passagem do tempo, ser extremamente desvantajosa, porém uma coordenação das atividades de saúde poderia ser conseguida através de uma redefinição dos papéis dos dois setores: “os clínicos seriam convidados a pensar mais regularmente em termos de prevenção e a desenvolver muito mais uma visão preventiva em sua prática diária” e os sanitaristas estenderem suas preocupações da prevenção primária para setores envolvidos com os serviços curativos, planejamento, organização e administração da atenção médica.

HILLEBOE e LARIMORE (1965) partem da idéia que a demanda crescente da assistência médica não se manifesta somente no sentido de mais e melhor, mas também exige uma nova orientação. Interpretam esta mudança qualitativa como a exigência por algo além da simples cura das enfermidades, como é a preservação da saúde. Decorrente do desenvolvimento científico e de uma demanda socialmente determinada, a “Medicina Preventiva evolui constantemente para manter-se em dia com a sociedade, tornando-se impossível conceituá-la sem que este conceito se torne quase que, automaticamente, ultrapassado”. Dentro deste contexto, Medicina Preventiva é uma expressão simbólica, associada a dois conceitos, prevenção da ocorrência e prevenção da evolução, colocada para os clínicos como uma nova maneira da prática profissional. Esta perspectiva exige que a formação do clínico deva se dar tanto no campo da medicina preventiva como no da curativa e que neste encontro abra o “limiar de uma nova era da medicina: a era da Medicina Preventiva”.

SMILLIE e KILBOURNE (1966), partindo da existência de dois níveis de responsabilidade, um do paciente, definido na constituição americana como a proteção e promoção de sua própria saúde e de sua família e, o outro, do médico, que deve prevenir doenças e promover a saúde da família e da comunidade sob seu cuidado,

definem a Medicina Preventiva como aquelas atividades relativas à prevenção das doenças e à proteção e promoção da saúde que são direta responsabilidade do indivíduo. Trata-se, portanto, do encontro entre a responsabilidade individual e familiar em relação à saúde e o dever adquirido pelo médico, através de sua formação, que enfatize o “ponto de vista” da medicina preventiva. Os autores consideram que o mais importante conceito deste século, no campo da atenção médica, é o da medicina preventiva como parte essencial e integral da prática diária da medicina.

Em outra linha de análise, MERCENIER (1970) considera que, historicamente, o homem vem desenvolvendo uma luta contra as doenças. Da mesma maneira que a luta contra as intempéries e animais, ela possui um caráter básico: ser defensiva. Independente do grande desenvolvimento da medicina, esta característica se manteve. Porém, “os mesmos progressos que permitiram o sucesso da medicina curativa, em sua luta defensiva, permitiram aumentar seus conhecimentos sobre as causas e desenvolvimento das doenças e então forjar armas para uma luta ofensiva da prevenção das doenças”.

RIOS (1965), discutindo o conceito de medicina preventiva, determina sua origem em relação a dois fenômenos paralelos:

1 – A ampliação do conhecimento médico nos níveis biológico e físico-químico não esgotava a problemática médica do ser humano e colocou a necessidade de revisão e ampliação do conhecimento médico através da incorporação de novas ciências.

2 – As mudanças estruturais nas sociedades modernas fizeram com que “o padrão de saúde deixasse de ser um estado puramente negativo – o não estar doente – para constituir um valor positivo das coletividades humanas, uma reivindicação social e um índice de civilização”. Estas mudanças, alterando os conceitos de saúde e doença, atingiram inevitavelmente a prática médica.

A partir desta análise, o autor conceitua Medicina Preventiva como “o conjunto de noções e técnicas visando o conhecimento e manipulação dos processos sociais e psico-sociais do comportamento humano que dizem respeito à implantação de padrões racionais de saúde”.

O núcleo central das conceituações de Medicina Preventiva definem um campo teórico no qual sobressai, pela regularidade nos diversos autores, as seguintes premissas:

1 – A Medicina Preventiva é enfocada sobre o indivíduo e a família.

2 – A prática da Medicina Preventiva se dá ao nível da prática diária dos médicos, qualquer que seja sua especialidade.

3 – A Medicina Preventiva representa uma grande transformação na prática médica atual e está baseada no desenvolvimento, por parte do médico, de uma nova “atitude”.

Assim, GOMES (1964) define Medicina Preventiva como “... mais que uma técnica, uma atitude mental ante o paciente, ante a vida e ante a sociedade, em querer alcançar para a maioria dos seres humanos o estado de completo bem estar físico, mental e social, que constitui a saúde”. Esta nova “atitude” representaria “... atenção integral ao paciente tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação”.

Entendendo ideologia como o sistema de idéias e representações que dominam o espírito do homem ou de um grupo social, e prática ideológica como aquelas atividades realizadas no sentido de transformar uma ideologia dada em outra ideologia, podemos definir movimento ideológico como sendo um conjunto organizado de práticas ideológicas. Em outras palavras, um movimento ideológico representa um conjunto de atividades visando transformar a “visão de mundo” dos homens em uma nova “visão de mundo”.

Podemos verificar pelos conceitos acima que a Medicina Preventiva, mais do que a produção de novos conhecimentos, mais do que mudanças na estrutura da atenção médica, representa um movimento ideológico que, partindo de uma crítica da prática médica, propõe uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade. O próprio Abad Gomes especifica o conteúdo deste movimento ao dizer que “... a Medicina Preventiva trata de... mudar uma atitude tradicionalmente isolada e conquistada dentro da cura individual dos doentes para uma atitude de compreensão da missão médica como aquela de alcançar para todos os seres humanos da comunidade, em que o médico trabalha, um estado de saúde” sendo que, para isto “... o médico há de ser, portanto, um trabalhador social no sentido mais amplo do termo”.

Como todo movimento ideológico, a Medicina Preventiva deve possuir um corpo coerente de idéias, articulado em um duplo aspecto. Por um lado, deve realizar a crítica da ideologia que procura substituir (medicina curativa), demonstrando a sua ineficiência e, por outro lado, deve afirmar a sua própria eficácia na solução dos

problemas apresentados, mostrando a abertura de novas perspectivas não alcançadas pelo movimento anterior.

A crítica da prática médica pelo movimento preventivista, iniciou-se pela caracterização de seu oponente – a medicina curativa: trata-se de uma adjetivação da medicina, cujo objetivo é demonstrar sua atomização. Trata-se de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida. O movimento preventivista abriu, em síntese, uma contestação da prática médica em vários níveis:

1º. nível – Da ineficiência desta prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.

2º. nível – Da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Este fato levou ao desenvolvimento de uma prática basicamente instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.

3º. nível – Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico. Em 1946, quando a Comissão Técnica Preparatória reuniu-se em Paris para estudar a constituição da Organização Mundial de Saúde, os dezesseis membros presentes concordaram que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Este conceito encontra-se na linha direta daqueles desenvolvidos durante o século passado por Chadwick na Inglaterra, Villerme e Guerrin França, e Virchow e Gretjam na Alemanha, em que reconheciam a relação dos problemas sociais com a saúde, acrescidos agora de uma nova dimensão, a do psicológico desenvolvida por Freud. Esta conceituação abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento que se afirmava tri-dimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia).

4º. nível – Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto de interesses puramente individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante.

5º. nível – Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam as necessidades de atenção médica das comunidades. Este problema agravava-se para os países sub-desenvolvidos, que estavam formando médicos segundo padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social.

Os Princípios Básicos

Os princípios teóricos deste movimento (ideológico) acham-se sistematizados por LEAVELL E CLARCK (1965) em sua obra “Medicina Preventiva Para o Médico em Sua Comunidade”, que exerceu extraordinária influência na divulgação destas idéias e na implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva.

O livro está baseado nos seguintes princípios:

1 - “Qualquer doença ou condição mórbida no homem é o resultado de um processo que segue mais ou menos uma série característica de eventos no ambiente e no homem até que o indivíduo afetado retorne ao normal, atinja um estado de equilíbrio coma doença, ou morra. Doença não é, pois, uma condição estática, mas um processo que segue uma história natural.

2 – O processo doença evolui como resultado de causas múltiplas afetando a interação dos hóspedes individuais e agentes das doenças. Além disso, efeitos característicos são produzidos sobre a população como um todo.

3 – Uma Medicina Preventiva efetiva requer que o processo seja interrompido tão cedo no seu curso como seja possível.

4 – Normalidade e saúde são atributos relativos e requerem estudos estatísticos controlados para a sua definição. Saúde envolve fatores sociais e mentais, bem como físicos (biológicos)”.

Destes princípios são deduzidos seus corolários:

1 – O processo evolutivo da doença é, em muitos casos, suscetível de ser interrompido.

2 – A doença envolve fenômenos de interação entre agentes, hóspedes e ambiente. A prevenção pode ser obtida atuando-se sobre um ou mais destes fatores, fazendo com que a interação não se dê ou que seja interrompida em favor do homem.

3 – O médico deve estar apto a detectar pequenos desvios da normalidade e para isto deve ter a idéia mais clara possível de normal e dos limites de sua variação biológica.

4 – As medidas preventivas, para que sejam eficientes, devem ser aplicadas ao indivíduo sadio ou então a doentes, porém ainda assintomáticos.

5 – O conhecimento incompleto de medidas preventivas específicas, custo das aplicações, fatores temporais e reações dos pacientes limitam a ação do médico em sua tarefa.

6 – O médico deve dar uma atenção especial àqueles pacientes que procuram em aparente estado de saúde e estender seus serviços preventivos a toda a família, considerada como unidade social básica.

7 – A Medicina Preventiva envolve uma prática consciente de educação para a saúde.

8 – Sendo a saúde mais do que a simples ausência de doença, o médico deve investigar os hábitos e costumes de seu paciente e guiá-lo para a prevenção e promoção da saúde.

9 – Praticamente não há muita diferença entre a prática da Medicina Preventiva e a prática de uma boa medicina, já que aqueles que praticam esta podem passar a exercer a Medicina Preventiva, simplesmente adotando a filosofia de que o tratamento já é em si preventivo e que este é mais efetivo quanto mais precocemente for aplicado.

10 – O médico deve compreender a complexidade do campo da saúde, bem como seus objetivos e o papel desempenhado por todos seus elementos. Sem este conhecimento ele terá, necessariamente, pouca compreensão do significado de sua própria contribuição diante do todo.

Situar a Medicina Preventiva como uma “nova atitude” é delimitar um espaço de problemas aos quais deve ser dirigida uma série de perguntas que possibilitem a construção de nosso objeto de estudo.

A Medicina Preventiva, nascendo da Higiene em seu encontro com a Prática Médica, não constituiu um novo conhecimento, não foi o desdobrar-se de um novo espaço a conhecer-se nem a operacionalização de um novo conhecer.

Assim, a Medicina Preventiva não foi a decorrência imediata (LEFF, 1953) dos estudos de Snow sobre o mecanismo de transmissão da cólera, dos estudos de Pasteur sobre a Teoria Microbiana e o desenvolvimento das vacinas, dos trabalhos de Budd sobre a transmissão da febre tifóide ou de Semmalweiss e Holmes sobre a

prevenção da febre puerperal, como a análise através de um modelo histórico positivista nos levaria a pensar (CONTI, 1972).

O primeiro problema que emerge é o de situar o nosso trabalho no interior da história, ou seja, definir de que história estamos falando e a qual objeto ela se refere.

FOUCAULT (1966), analisando a antiguidade da clínica, toma-a inicialmente na sua sucessão cronológica até o século XVIII para, em seguida, estabelecer a especificidade da sua inovação, sistematizada em cinco pontos:

1º.) Ao funcionar como um museu para a observação do círculo das doenças que melhor pudessem instruir, a clínica constitui-se em um campo nosológico inteiramente estruturado.

2º.) O paciente é um suporte acidental para a doença, que é o objeto da prática clínica.

3º.) A procura do conhecimento sobre as doenças é um “descriptamento” através de uma observação sistemática.

4º.) A atividade clínica aparece como uma prática essencialmente pedagógica.

5º.) Ao ser pedagógica, a clínica estabelece no quotidiano as provas de suas verdades.

Assim, conclui o autor: “Em el siglo XVIII, la clínica es, por lo tanto, una figura mucho más compleja que un puro y simple conocimiento de los casos y, no obstante, no há adquirido valor em el movimiento mismo del conocimiento científico; forma una estructura maquina que se articula em el campo de los hospitales sin tener la misma configuración que éstos; vive el aprendizaje de una práctica que simboliza más que analiza; agrupa toda la experiencia alrededor de los prestigios de um descubrimiento verbal que nos es su simple forma de transmision, sino el núcleo que la constituye”.

Portanto, trata-se de procurar a história da Medicina Preventiva não na sucessão cronológica dos conhecimentos e das práticas que possibilitam a não ocorrência das doenças, mas sim na construção do conceito em sua dimensão histórica, através de sua complexidade estrutural e estabelecendo a especificidade de sua inovação que a delimita do passado e configura uma historicidade.

O que representa a emergência do discurso preventivista privilegiando uma “nova atitude”, re-introduzindo a quantificação e a formalização no saber clínico, colocando em questão a experiência pedagógica do hospital e relibertando a enfermidade para o espaço social? E, enfim, qual a novidade da institucionalização de

um espaço que coloca em questão a própria medicina, ao mesmo tempo em que se oferece como projeto alternativo?

Ao ser projeto, a Medicina Preventiva aponta para uma problemática na qual ela indica sua origem e sua justificativa. Assim, não é do acúmulo de conhecimentos sobre a não ocorrência das doenças que emerge a Medicina Preventiva, mas sim da composição de uma nova estrutura que comporta uma reorganização do conhecimento médico em um novo discurso que sugere e orienta uma nova prática da medicina. Assim, por exemplo, analisando o capítulo referente à nutrição, no livro de Leavell e Clarck, escrito por SHANK (1965), vemos que, após uma introdução em que se ressalta a importância do assunto, o autor discute o conceito de mal nutrição, suas relações com outras patologias, requerimentos nutritivos para a saúde e variações destes requerimentos em vários estados fisiológicos.

A diferença qualitativa introduzida é a organização deste conhecimento, difuso em vários compartimentos do saber médico, em um paradigma (ou modelo) que é a História Natural das Doenças. Assim, a desnutrição tem que ser apreendida em um contínuo, operando-se sobre a mesma uma categorização que implica em uma relação direta com as medidas preventivas.

A doença, como processo, categorizada em fases sucessivas, nada mais é que o resultado de uma interação anterior em que os agentes (fatores) relacionam-se com os hospedeiros, em um dado ambiente.

Os agentes, no caso, são os fatores nutritivos – as proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas, elementos minerais, etc. – que, relacionando-se com fatores do hospedeiro, explicitados como hábitos, costumes, mores, idade, sexo, raça e aspectos psicológicos, levam à doença. O ambiente é visto nesta análise como sendo físico, químico, biológico e social.

A novidade consiste no estabelecimento de dois compartimentos. O período patogênico, onde a doença, livre de seu suporte (hospedeiro), segue o seu processo em fases, e o período pré-patogênico, onde se introduziu o conceito de interação, envolvendo a determinação em um espaço de entrecruzamentos disciplinares, assim estabelecendo relação com a estrutura da família:

“It is usual to find that the young woman establishing her home after marriage adopts the meal pattern which prevailed in the home of her mother”;

ou afirmando uma acusação racial:

“Negroes and darker-skinned individuals living in temperate zones are more likely than light-skinned people to develop rickets”.

O social retorna no ambiente:

“The food-consumption pattern of any group may be conditioned by laws or regulations, mores, and social customs”.

Temos, portanto, dois níveis: um, das determinações múltiplas e da interdisciplinaridade e, outro, exclusivo da clínica, onde se dá o processo da doença e o seu término. De uma certa maneira, é a doença apoiando-se (ou justapondo-se) sobre o mundo, após libertar-se do seu suporte (o paciente).

Esta reorganização do conhecimento médico em um novo discurso, possui, como fim, a orientação de uma prática médica, de forma tal que as medidas de prevenção terminam, como nos compêndios clínicos, em condutas:

“The physician should make an appraisal of the state of nutrition of each patient seen”.

“As health adviser, the physician has great responsibilities in guiding his patients into satisfactory dietary practices”.

“The physician must, therefore, add other foods or give supplements to provide these nutrients”.

Em uma primeira instância, a Medicina Preventiva promove uma reorganização do discurso médico que, intencionalmente, olha para a definição de uma prática. Mas o realmente importante nesta modificação é que, ao tomarmos as condutas preventivas em suas formas isoladas, elas incidem sobre a doença como um ponto. A Medicina Preventiva instaura uma totalidade que agrupa o conjunto das condutas preventivas e as difunde entre o corpo médico, uma totalidade composta de duas unidades, que, naturalmente, não são contraditórias, mas, que assim se tornam pelo saber médico. Portanto, temos a unidade das determinações (período pré-patogênico) e a unidade do processo mórbido (período patogênico). Esta totalidade define e situa o sujeito da atenção médica diante de suas responsabilidades. Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão punctual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida.

Viver é estar submetido a agentes em um meio ambiente, é estar na contigüidade do patogênico, é estar em equilíbrio diante da probabilidade da doença.

A relação médico-paciente deixa de ser ocasional e transforma-se em uma necessidade contínua do viver, da manutenção do equilíbrio. A reorganização do conhecimento amplia, em um campo aberto, a responsabilidade médica, já que, em todas as situações, os homens encontram-se em um ponto da História Natural das Doenças, ao qual correspondem determinadas medidas preventivas.

Assumir, no plano individual, a universalidade do cuidado à saúde e praticá-lo no cotidiano é, no discurso preventivista, uma questão de atitude, portanto, o ponto de articulação da totalidade criada com o campo médico. Atitude que não representa uma dedução ou consequência lógica do conhecimento médico, mas que, para emergir como proposta, necessita uma reorganização deste conhecimento. Como prática, necessita de uma demonstração, de uma vinculação dos seus executores: não é uma conduta natural diante das exigências de seu objeto, é muito mais uma atitude construída diante de uma problemática.

A Medicina Preventiva seria uma “atitude ausente” da prática médica, porém possível diante de nossos conhecimentos atuais; seria o conhecimento não incorporado à prática cotidiana, portanto mantido em suspenso no horizonte do possível; seria o futuro conhecido e não operacionalizado.

Ao definir-se como atitude possível, porém ausente, a Medicina Preventiva abre uma brecha em um de nossos mais arraigados mitos, qual seja, o de que os problemas colocados pela prática encontram soluções no campo das ciências, em termos de técnicas.

Desta proposição emergem dois problemas fundamentais: 1º.) Os problemas colocados à ciência por uma determinada prática, dependem da natureza desta própria prática. Assim, a chamada Medicina Curativa, em seu encontro com os “casos”, tratava de resolver a doença em sua dimensão crítica, definindo automaticamente um leque de possíveis questões que se referem ao seu diagnóstico, evolução e terapêutica.

BACHELARD (1972) considera que, para se estudar o progresso da ciência, deve-se “plantear el problema del conocimiento científico em términos de obstáculos” que se encontram “em el acto mismo de conocer, intimamente, donde aparecen, por una espécie de necesidad, los entorpecimientos y lãs confusiones”.

Estes obstáculos, funcionando como uma inércia ao desenvolvimento do conhecimento científico, estão em primeiro lugar na própria formulação dos problemas. Assim, “... todo conocimiento es una respuesta a una pregunta. Si no hubo pregunta, no puede haber conocimiento científico. Nada es espontâneo. Nada está dado. Todo es cosntruye”.

Portanto, se a forma de organização da prática médica define um leque de possíveis questões, somente haverá respostas a estas questões e dessa maneira, funda-se um obstáculo epistemológico num conhecimento não formulado, pela não formulação de perguntas.

2º.) O conjunto das soluções oferecidas pela ciência superam aquelas que são incorporadas à prática médica, como se esta filtrasse o conhecimento, adotando somente aqueles compatíveis com sua natureza.

Bachelard, como epistemólogo, preocupou-se com aqueles obstáculos que impediam, do interior da própria ciência, a sua evolução. Porém, para este segundo problema, torna-se necessário ampliar o conceito de obstáculo, fazendo-o relacionar-se também com a prática.

Desta forma, entendemos como obstáculos da praxis suas necessidades funcionais, que impedem e delimitam a aplicação do universo dos conhecimentos existentes.

Pensar a não incorporação de conhecimentos como atitudes é perguntar-se sobre as barreiras existentes (no sentido bachelardiano do termo), o que nos leva a trabalhar em um campo de conflitos e, portanto, a dialetizar as nossas preocupações, para formular a questão de qual a contradição entre a prática e o conhecimento que o torna um saber não realizado.

Portanto, definir esta “ausência” é delimitar dois campos de reflexão, um constituído pela própria determinação desta ausência, ou seja, de estudar-se em que nível se dá a discriminação do saber médico aplicado e mantém em suspenso a possibilidade de prevenção (obstáculo da prática); o outro, constituído pela organização e institucionalização de um lugar, um espaço social, com seus sujeitos investidos e legitimados para a criação de “uma atitude preventivista”, uma presença positiva com que se eliminaria a ausência.

A Medicina Preventiva como se fosse o partido de uma “nova atitude”, como o corpo investido de sua defesa e implantação, penetra assim em uma nova

dimensão: a da educação médica. Ponto de batalha, teste de sua estratégia, é no estudante que se deve incorporar estas atitudes para que elas se reflitam na prática.

Neste campo, ao colocar a universalidade da atitude preventivista, que desconhece a barreira das especialidades ou das disciplinas, a Medicina Preventiva inaugura uma nova modalidade de discurso em relação ao ensino médico: aquele que articula com uma mudança da própria medicina. Discurso que se diferencia completamente daquele iniciado por FLEXNER (1927) que tratava de relacionar o ensino médico com a ciência.

Não pretendemos identificar todo o movimento de educação médica com o surgimento dos Departamentos de Medicina Preventiva, mas sim que, ao questionar as características dos formandos, ao atribuir a ausência da conduta preventivista ao funcionamento e organização do próprio ensino, ao estabelecer como sua estratégia a integração departamental, ao definir a inadequação do médico e, portanto, de sua prática às atuais exigências e necessidades de saúde, a Medicina Preventiva preparou, no dizer de o solo para o desenvolvimento da educação médica.

Mas não é somente nestas duas dimensões da prática e de ensino médico que se esgota a estrutura complexa da Medicina Preventiva, já que, ao considerar a Epidemiologia sua matéria básica, retorna dentro da escola médica a composição entre a medicina das espécies e a medicina das epidemias, ou seja, retoma em uma unidade o indivíduo e o coletivo.

Assumindo a Epidemiologia como método, a Medicina Preventiva introduz a Estatística, e por esta via retoma a formalização no interior do próprio conhecimento médico. Assim refere-se PEDREIRA de FREITAS (1963) ao assunto:

“Constituindo a epidemiologia o principal elemento para o conhecimento da história natural das doenças para fornecer as bases para a sua prevenção, reconheceu o autor a importância de contar no Departamento de Higiene e Medicina Preventiva com um estatístico”.

Junto à Epidemiologia, surgem as Ciências Sociais Aplicadas à Medicina (ou Sociologia Médica, ou Ciências da Conduta) que deveriam dar conta dos fatores sociais ligados aos hospedeiros e ao ambiente na História Natural. Assim, o social, que antes aparecia difuso no pensar, encontra também seu lugar institucional dentro da escola médica.

Resumindo, podemos dizer que a Medicina Preventiva funcionou como um centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica, que vem interagindo com seu discurso inicial, provocando novas frentes de conflitos e novos pontos de emergência discursiva.

Tentamos até agora definir nosso objeto de estudo a partir de uma posição histórica e assim procuramos estabelecer a diferença entre a conduta preventiva e a Medicina Preventiva e chegamos a desenhar, em linhas gerais, qual a estrutura do que seria, em nosso entender, a segundo.

Entendemos a Medicina Preventiva como o lugar institucional que gera um novo discurso no interior da medicina, visando a transformação de sua prática através da difusão de uma “atitude ausente”, porém possível, diante dos conhecimentos atuais entre seus praticantes, o que seria realizado através da transformação do ensino médico.

Em outras palavras, entendemos que a Medicina Preventiva, em sua forma originária, é um foco discursivo no interior de um triedro, constituído pelo conhecimento, a prática e a educação médica. Foco discursivo que é, simultaneamente, um projeto de reorganização e de mudança. Segundo TRIAS (1970), o ingresso nas estruturas profundas de um fenômeno “no passa por la visión ni por la conciencia: requiere la mediación de un sistema conceptual adecuado: exige un trabajo a una praxis característica que llamaremos com Althusser, prática científica”.

Portanto, devemos procurar um esquema conceitual que nos permita passar sobre as estruturas aparentes e ascender ao nível profundo (ou a essência) do fenômeno estudado.

Nosso propósito é estudar o discurso preventivista através da metodologia arqueológica proposta por M. Foucault, depois de um trabalho de aproximação com o materialismo histórico.

Em uma primeira parte faremos uma exposição sumária da obra de Foucault e suas críticas. Em seguida explicitaremos a sua metodologia arqueológica.

A segunda parte refere-se ao nosso Quadro Teórico, em que tentaremos definir nossas aproximações e diferenças com o autor, explicitando as categorias utilizadas.

Na terceira parte estudaremos a Medicina Preventiva através deste esquema conceitual, procurando determinar as regras desta formação discursiva e as relações mantidas com instâncias não-discursivas mais abrangentes, tratando-se de

estudar a articulação desta estrutura com um dado modo de produção, para que se possa apreender a simultaneidade da contradição Medicina Preventiva – Medicina Curativa. Pois, se a forma de exercer a medicina deve-se a uma determinação histórico-social, a articulação da Medicina Preventiva, enquanto projeto de mudança, deve responder a uma nova forma da determinação, de forma tal que estudar a Medicina Preventiva será, em última instância, conhecer as contradições da própria sociedade expressando-se ao nível de um campo específico, qual seja: a medicina.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

1. A OBRA DE MICHEL FOUCAULT

Para compreender as proposições conceituais de Foucault contidas na Arqueologia do Saber, devemos acompanhá-lo mesmo que de forma sucinta, através de seu percurso intelectual. ROUANET (1971) em seu trabalho “A Gramática do Homicídio”, divide a obra em dois momentos: o primeiro tratando-se da descrição empírica do discurso da medicina, o discurso da loucura e o discurso das epistemes; e o segundo momento, da reflexão teórica sobre os princípios colocados ou não em jogo nas descrições, o momento de sistematização de um trabalho que segundo FOUCAULT (1971^a) seria muitas vezes intuitivo e elaborado na desordem, no interior de uma tarefa que era tentar medir “ as mutações que se operam em geral no domínio da história; empresa onde são postos em questão os métodos, os limites, os temas próprios a história das idéias; empresa pela qual se tenta aí desfazer as últimas sujeições antropológicas; empresa que quer, em troca, mostrar como as sujeições puderam se formar”.

“Doença Mental e Personalidade”, escrito em 1954, é a primeira tentativa de Foucault em compreender a doença mental através do estudo das análises psicológicas e dos conceitos que revelam a existência dessa doença nas culturas em que os mesmos emergiram.

Mais tarde Foucault reelabora esse trabalho, dando-lhe inclusive um novo título: *Maladie Mentale e Psychologie* (1968a), e dando um novo significado ao

trabalho, em que começa a aparecer o projeto arqueológico. O autor começa a perguntar-se sobre a natureza da alienação e de que mundo aliena o homem? A resposta se dá em dois sentidos, por um lado a reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapta à liberdade burguesa, o que está ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas; e, pelo outro lado, a afirmação positiva de uma cultura fenômeno que rejeita (a loucura) no momento em que “o grande confronto da Razão e da Desrazão deixou de se fazer na dimensão da liberdade e em que a razão deixou de ser para o homem uma ética para tornar-se uma natureza” (FOUCAULT, 1968a).

O primeiro livro do momento descritivo é a História da Loucura na Idade Clássica (1961), em que o autor desenvolve e amplia estudos já iniciados com o livro Doença Mental e Psicologia, analisando o gesto que instaura a loucura e a torna possível como objeto do conhecimento.

O problema central da “História da Loucura”, foi o aparecimento de uma nova disciplina no século XIX – a psiquiatria – que diferenciava-se em termos de conteúdo, de organização interna e de prática, da medicina do século XVIII. O estudo do surgimento desta nova disciplina demonstrou que as condições que possibilitaram seu aparecimento estavam ligadas a “um jogo de relações entre a hospitalização, a internação, as condições e os procedimentos da exclusão social, as regras de jurisprudência, as normas do trabalho industrial e da moral burguesa”.

Nos séculos XVII e XVIII as doenças mentais eram tratadas no interior do discurso médico, obedecendo ao mesmo estatuto das doenças orgânicas e, portanto, sem nenhuma autonomia. A prática discursiva que se investia na medicina para tratar da doença mental também existia nos regulamentos administrativos, nos textos literários ou filosóficos, nos projetos de trabalho obrigatório ou de assistência aos pobres.

A História da Loucura é muito mais a história da cesura entre a razão e a desrazão, a história, enfim, da repressão da desrazão, assim ROUANET (1971) divide o trabalho nas seguintes etapas:

1 – A Indiferenciação: corresponde à visão renascentista da loucura, em que o “louco é visto como o homem essencial, que em sua natureza secreta é furor e desrazão” (ROUANET, 1971). A loucura é tratada no espaço da arte como o desejo de uma inocência utópica, na literatura a “experiência da loucura é confiscada pela consciência moral”. Porém o ponto fundamental dessa fase é que a loucura é imanente ao mundo e não representa uma alteridade. Assim se refere FOUCAULT (1968b) a visão que a

renascença tinha da loucura:

“A loucura está ali, no coração das coisas dos homens signo irônico que dissolve as fronteiras da verdade e da quimera, guardando apenas a memória das grandes ameaças trágicas – vida mais inquieta que inquietante, agitação frívola, mobilidade da razão”.

2 – A Segregação: definindo a loucura como alteridade inscrita no plano moral da ociosidade, o período clássico surge como antítese da renascença, configurando-se como a época da reclusão. A loucura está ao lado dos ociosos, dos libertinos, dos desempregados, contrariando a lógica de uma sociedade mercantilista. A loucura passa a ser a perversão da essência humana, um anti-mundo e, como tal, sujeita a reclusão.

3 – O Asilo: Com o surgimento do capitalismo e a decorrente necessidade de força de trabalho, a loucura é separada da pobreza, cujo estatuto social é modificado. A loucura é isolada na reclusão, sendo liberada para o conhecimento.

FOUCAULT (1971a), revendo a História da Loucura, considera que se tratava de uma formação discursiva em que os pontos de escolha teóricos, os sistemas conceituais e os regimes enunciativos eram de pouca complexidade e que o problema era a emergência de uma pluralidade de objetos misturados e complexos. Em termos metodológicos o problema situava-se ao nível das regras de formação dos objetos.

Tratava-se, pois, de demarcar as superfícies de emergências dessa pluralidade de objetos. No século XIX, além da família, do grupo social próximo, do meio de trabalho, da comunidade religiosa, surgiram novas superfícies como a arte, a sexualidade e a penalidade, e nesses campos o discurso psiquiátrico encontrou possibilidade de “limitar seu domínio, de definir aquilo de que se fala, dar-lhe o estatuto de objeto, ou seja, de fazê-lo aparecer, de torná-lo nomeável e descritível”. Tratava-se de determinar as instâncias de delimitação que reconheceram a medicina como a instância superior que define a loucura como objeto juntamente com a justiça penal, a autoridade religiosa, a crítica literária e artística. Tratava-se de analisar as grades de especificação que se constituem nos sistemas segundo os quais se classificavam, separavam, agrupavam, derivavam as diferentes loucuras como objeto do discurso psiquiátrico. Tratava-se de determinar as relações estabelecidas entre as categorias psiquiátricas e judiciárias, entre as instâncias de decisão médica e instâncias de decisão judiciária, entre as normas familiares sexuais, penais, de comportamento dos indivíduos

e o quadro dos sistemas patológicos e doenças de que são sinais, etc.

Em síntese, assim refere-se Foucault:

“o discurso psiquiátrico, no século XIX, caracteriza-se não por objetos privilegiados mas pela maneira pela qual forma seus objetos, de resto muito dispersos. Essa formação é assegurada por um conjunto de relações estabelecidas entre instâncias de emergência, de delimitação, e de especificação”.

O segundo momento descritivo da obra de Foucault trata da análise do Nascimento da Clínica (1966) em que o autor analisa as modificações por que passaram, no fim do século XVIII e início do século XIX, as formas de enunciação do discurso médico.

Colocando-se ao nível da especialização e verbalização fundamentais do patológico, Foucault, diante das novas formas de racionalidade médica baseada na percepção empírica, vai encontrar os fundamentos da possibilidade de um discurso científico sobre o indivíduo e, portanto, o aparecimento das chamadas ciências humanas.

Para realizar esse estudo, diante dos pressupostos que caracterizam o percurso intelectual do autor, tornou-se necessário discutir o significado do termo comentário. “Es fatal, por lo mismo, que no conocozcamos outro uso de la palabra que el del comentario?” pergunta o autor, afirmando que sob esta atitude encontramos a idéia de que na linguagem existe sempre um excesso de significado sobre o significante, alguma coisa que se quis dizer e que se encontra oculta já no dito. Comentar seria manter o significante e abrir uma possibilidade infinita de significados, como se os dois tivessem uma autonomia e independência completa um do outro e pudessem, no limite, cada um falar de si próprio.

A proposta metodológica de Foucault neste livro é deixar na adequação original significado e significante, para realizar uma análise do significado que escape ao comentário. Assim, a Clínica apareceu como um novo corte de significado e o princípio de uma nova articulação com significante que corresponde à linguagem de uma “ciência positiva”.

FOUCAULT, em uma entrevista concedida à revista Esprit (1972), explicita as hipóteses com que trabalhou para estabelecer as relações contidas entre as práticas discursivas e as não-discursivas no interior do Nascimento da Clínica:

Primeira Hipótese: é a consciência dos homens que se modificou (sob o efeito das mudanças econômicas, sociais, políticas); e sua percepção da doença se encontrou, pelo mesmo fato, alterada: eles reconheceram as conseqüências políticas (mal estar, descontentamento, revoltas nas populações cuja saúde é deficiente), eles perceberam as implicações econômicas (desejo nos empregados de dispor de uma mão-de-obra sadia, na burguesia do poder de transferir os encargos de assistência ao Estado); eles transferiram sua concepção da sociedade (uma só medicina de valor universal, mas com dois campos de aplicação distintos: o hospital para as classes pobres, a prática liberal e concorrencial para os ricos); eles transcreveram sua nova concepção do mundo (dessacralização do cadáver, o que permitiu as autópsias; importância maior ao corpo vivo como instrumento de trabalho; preocupação com a saúde substituindo a preocupação com a salvação).

Segunda Hipótese: As noções fundamentais da medicina clínica derivariam, por transposição, de uma prática política ou, ao menos, das formas teóricas nas quais ela se reflete. As idéias de solidariedade orgânica, de coesão funcional, de comunicação tissular, de abandono do princípio classificatório em proveito de uma análise de totalidade corporal correspondiam a uma prática política que descobria, sob estratificação ainda feudal, relações sociais do tipo funcional e econômico. Ou ainda: a recusa de ver nas doenças uma grande família de espécies quase botânicas e o esforço para encontrar para o patológico seu ponto de inserção, seu mecanismo de desenvolvimento, sua causa e, finalmente, sua terapêutica, não correspondem ao projeto, na classe social dominante, de não mais dominar o mundo só pelo saber teórico, mas por um conjunto de conhecimentos aplicáveis, sua decisão de não mais aceitar como natureza o que se impusesse a ela como limite e como mal?

Foucault recusa as duas hipóteses preliminares, a primeira pelo fato de que os efeitos constatados só se produziram na medida em que o discurso médico havia adquirido um novo estatuto, além do fato desta hipótese não dar conta da formação de um discurso científico. A segunda hipóteses levanta problemas de certa forma não pertinentes à questão que é: “no meio de outros discursos e de maneira geral de outras práticas, o modo de existência e de funcionamento do discurso médico para que se produzam tais transposições ou tais transferências”.

Terceira Hipótese: Se há, na verdade, uma ligação entre a prática política e o discurso médico, não é porque esta prática mudou, primeiro a consciência dos homens, sua maneira de perceber o mundo, depois, finalmente, a forma de seu conhecimento e o

conteúdo de seu saber; não é também porque esta prática se refletiu, de início de maneira mais ou menos clara e sistemática, em conceitos e noções ou temas que foram, em seguida, importados pela medicina; é de uma maneira muito mais direta: a prática política transformou não o sentido nem a forma do discurso, mas suas condições de emergência, de inserção e de funcionamento; ela transformou o modo de existência do discurso médico.

Assim, como na obra anterior, temos a análise de três fases distintas:

1 – A medicina classificatória: a medicina classificatória caracteriza-se por um conceito de enfermidade em que seu espaço de configuração independe de seu espaço de localização no corpo do doente, em que a enfermidade participa de uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies e está contida em um espaço onde a vertical delimita as complicações e a horizontal as homologias. As analogias definem a essência das doenças e a forma das analogias vale como uma lei de sua própria produção. O médico, para aprender a essência do patológico, deve necessariamente abstrair-se do doente. Um dos aspectos importantes da medicina classificatória é que, pelas características da natureza da doença, essa possui uma espacialização livre sem sujeição ao hospital.

2 – A medicina clínica: No fim do século XVIII, começa a surgir a medicina clínica proveniente de uma experiência inicialmente pedagógica, que instaura uma nova relação entre o olhar do médico e a essência das doenças que se dá inteiramente à visão, decorrendo, portanto, a possibilidade de sua enunciação. Assim, refere-se FOUCAULT (1966):

“La clinica es probablemente el primer intento, desde el Renacimiento de formar una ciencia unicamente sobre el campo perceptivo y una práctica solo sobre el ejercicio de la mirada”.

3 – A medicina anátomo-patológica: instituindo a morte como uma forma de conhecer a vida, a anátomo-patologia abre o espaço da medicina para a tridimensionalidade e promove o encontro da configuração da doença com o seu espaço de localização. A morte, definida como o fim de um processo mórbido, permite conhecer-se as doenças através de estudo do indivíduo. “El cadaver abierto y exteriorizado, es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relacion médico-enfermo”. Na “Naissance de la Clinique”, Foucault considera que,

dentro das regras de formação, a análise voltara-se “menos para a formação dos sistemas conceituais, ou para a das escolhas teóricas, do que para o estatuto, o lugar institucional, a situação e os modos de inserção do sujeito-que-discursa”.

Os discursos médicos do século XIX são formados por descrições qualitativas, narrações bibliográficas, demarcação, interpretação e recorte dos signos, raciocínios por analogia, verificações experimentais e outras formas, mas o importante para se definir a formação das modalidades enunciativas é encontrar a lei de todas essas enunciações e o lugar de onde vêm.

A primeira pergunta a ser respondida é: *quel fala?* – estudando o estatuto dos médicos que definem a sua competência e seus limites, as suas relações com outros grupos e com a sociedade, a sua definição reivindicada de ser o personagem que tem o “poder de conjurar o sofrimento e a morte”; e as modificações surgidas nesse estatuto com a sociedade industrial, quando a saúde das populações, na força de trabalho, passou a ser um dos elementos importantes para a produção.

O segundo problema é de especificar os lugares institucionais de onde o médico obtém seu discurso, *prefere-o* e encontra seu ponto de aplicação.

Assim, no século XIX, o hospital, a clínica privada, o laboratório e a biblioteca articulam-se, possibilitando a prática discursiva da medicina. Em seguida, trata-se de determinar a posição do sujeito em relação aos diversos domínios e grupos de objetos. No século XIX, o campo perceptivo da medicina foi redefinido com a utilização de inovações instrumentais, pelas técnicas cirúrgicas, pela anatomia patológica, por novos sistemas de registros de dados, com a instituição de novas formas de ensino e nas relações com outros domínios não médicos.

O terceiro trabalho do momento descritivo é uma obra mais complexa que as anteriores que tratavam de áreas específicas do saber, já que As Palavras e as Coisas (1969) tratam da descrição de totalidades culturais. A unidade desse estudo são as epistemes, ou seja, “o conjunto das relações que se pode descobrir, para uma época dada, entre as ciências, quando são analisadas ao nível das regularidades discursivas”. Tratava-se de estudar as redes de conceitos e suas regras de formação na Gramática Geral, na História Natural e na Análise das Riquezas.

A história das idéias e das ciências, segundo Foucault, caminhou da Renascença até nossos dias por três epistemes: a renascentista, a clássica e a moderna.

1 – A episteme da Renascença – o conceito fundamental dessa episteme é o da similitude, já que o saber é o saber das semelhanças, já que esta expressa pelas

assinaturas (marcas impressas nas coisas) possibilita o trabalho da decifração do real. Assim, saber é decifrar e as palavras e as coisas encontram na similitude um ponto de reunião.

2 – A episteme clássica – O conceito de similitude é substituído, no período clássico, pelo sistema da Representação, constituindo um novo espaço de identidades e diferenças. O projeto geral da episteme clássica é estabelecer uma clínica geral da Ordem, constituído de um sistema articulado de uma mathesis – ordem das naturezas simples, abrangendo as ciências da quantidade; uma taxonomia – ordem das naturezas complexas, abrangendo as ciências da qualidade; e uma análise genética – ordem das constituições das ordens.

Foucault encontra na Gramática Geral – teorias da linguagem em que os sistemas de signos têm a capacidade de representar todas as coisas; na História Natural – teoria da classificação dos seres, em que todo o visível pode ser reduzido a um esquema classificatório de famílias, gêneros e espécies; na Análise das Riquezas – teoria da moeda, em que toda a riqueza pode ser intercambiável com a moeda; um embasamento fundamental de uma teoria dos signos e da representação. Em síntese, “toda linguagem é nomeável, todo ser é classificável, toda riqueza é monetizável: três manifestações convergentes da visão clássica, baseada na certeza de que todo real pode ser representado e de que toda representação, expressa pelo discurso, pode ser inscrita num quadro, instância suprema da Ordem” (ROUANET, 1971).

3 – A episteme Moderna – a episteme moderna caracteriza-se pela substituição da Ordem pela idade da História em que surge como objeto do conhecimento o Homem. Para o mundo moderno, a História impõe suas leis a tudo que nos é oferecido à experiência assim a História das Riquezas transforma-se na Economia, em que o conceito fundamental não é mais a moeda mas, sim, o processo de produção e, portanto, o trabalho, a História Natural transforma-se na Biologia, substituindo a noção de ser vivo pela noção de vida, separando-a definitivamente do inorgânico e atribuindo-lhe uma organização interna, e um conjunto de relações com o mundo exterior, o que tornou possível o aparecimento das teorias evolucionistas; a Gramática Geral transforma-se na Filosofia em que a palavra só é significativa dentro de uma organização gramatical que lhe assegura a ocorrência da linguagem.

As coisas, dentro da episteme moderna, oferecem-se à experiência dentro da subjetividade de um ser pensante, ou seja – o Homem – “una invención reciente, una figura que no tiene dos siglos, un simple pliege de nastro saber... (que) desaparecer-á

apenas este saber haya encontrado una forma nueva”.

Rouanet encontra, entre os três trabalhos do momento descritivo de Foucault, uma unidade, já que seguem o mesmo plano formal, a sucessão é delimitada em um esquema sempre ternário (medicina das espécies, medicina clínica, anátomo-patologia – renascença, clássica e moderna – indiferença, segregação e asilo), uma correspondência geral entre as diversas fases dos três trabalhos, como por exemplo na episteme moderna, quando o Homem aparece sobre sua própria finitude (a história) e as coisas dotadas de uma interioridade própria, a medicina anátomo-patológica instaura a tridimensionalidade sobre um pano de fundo da morte e a psiquiatria define o louco em termos de sua própria patologia.

Terminado o momento descritivo, Foucault realiza um trabalho de sistematização dos princípios e conceitos utilizados na fase anterior, começando a dar-lhes um estatuto teórico, trabalho que, segundo o autor, não estava nem perfeitamente no campo teórico e nem no campo metodológico, já que se tratava mais de “uma tentativa de identificar o nível no qual precisa situar-me (o autor) para fazer surgir esses objetos que eu tinha manipulado durante muito tempo sem saber sequer que eles existiam, e portanto sem poder nomeá-los” (ROUANET, 1971).

2. A HISTÓRIA ARQUEOLÓGICA

FOUCAULT (1972) define História Arqueológica como aquela que “... estuda as práticas discursivas na medida em que dão lugar a um saber e em que este saber assume o estatuto e o papel da ciência”. A tarefa que se impõe é determinar as noções que permeiam o processo da prática discursiva que leva à produção de um saber.

O projeto de estudo define-se como “... uma descrição pura dos fatos do discurso...” que não se confunde como a análise lingüística, pois trata-se de “... um conjunto sempre finito e atualmente limitado pelas únicas seqüências lingüísticas que foram formuladas ... [onde procura-se] ... compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de seu acontecimento; determinar as condições de sua existência, fixar, o mais precisamente possível, seus limites, estabelecer suas correlações com outros enunciados, aos quais possa estar ligado e mostrar que outras formas de enunciação excluem [o enunciado]”.

Sendo a natureza do discurso os fatos que o compõem na sua

especificidade como acontecimento e na sua finitude como conjunto de elementos, a unidade que deve-se especificar, também como um acontecimento, é o enunciado.

Diferenciando-se da noção de proposição dos lógicos, da frase dos gramáticos e do “speech act” dos analistas, o enunciado é “... uma função de existência que pertence, em particular, aos signos, e a partir do qual pode-se decidir em seguida, pela análise ou pela intuição, se “ ‘fazem sentido’ ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que não signo, e que espécie de ato se encontra efetivado por sua formulação (oral ou escrita)” (FOUCAULT, 1972). Assim, a função enunciativa possui as seguintes características:

1 – Uma série de signos se tornará enunciado coma condição de que tenha com “outra coisa” (que pode ser-lhe estranhamente semelhante e quase idêntica) uma relação específica que é concernente a ela mesma e não a sua causa nem a seus elementos.

2 – Um enunciado mantém com um sujeito uma relação determinada que permite caracterizar qual é a posição que deve e pode ocupar o indivíduo para ser seu sujeito.

3 – A função enunciativa na pode se exercer sem a existência de um domínio associado. O campo associado faz de uma frase ou de uma série de signos um enunciado e é constituído:

a) pela série de outras formulações, no interior das quais o enunciado se inscreve e forma um elemento;

b) pelo conjunto de formulações a que o enunciado se refere (implicitamente ou não), seja para repeti-las, seja para modificá-las, seja para se opor a elas, seja para, por sua vez, falar delas;

c) pelo conjunto das formulações cujo enunciado propicia a possibilidade ulterior e que podem vir, depois, dele, como sua conseqüência, ou sua seqüência natural, ou sua réplica;

d) pelo conjunto das formulações de que o enunciado em questão divide o estatuto, entre as quais toma lugar sem consideração de ordem linear, com as quais se apagará, ou com as quais, ao contrário, será valorizado, conservado, sacralizado e oferecido, como objeto possível, a um discurso futuro;

4 – o enunciado deve ter existência material.

Definindo o enunciado como uma unidade de análise no interior do universo do discurso, que estabelece um feixe com outros enunciados, deve-se remetê-la a um novo campo, qual seja, o constituído pelos acontecimentos não discursivos como

os de ordem política, social, econômica, prática, etc. Foucault, depois de aprisionar o enunciado em um conjunto de relações discursivas, libera-o para um novo campo de acontecimentos, onde também as relações não se dão nas consciências dos sujeitos.

Podemos agora explicitar o tema mais geral da metodologia de Foucault, que consiste em estudar o “... modo de existência dos acontecimentos discursivos em uma cultura” (FOUCAULT, 1971). Neste sentido, o arquivo perde, como noção, a conotação tradicional de textos conservados por uma civilização para passar a ser “... o jogo das regras que determinam, em uma cultura, a aparição e o desaparecimento dos enunciados, sua permanência e sua supressão, sua existência paradoxal de acontecimentos e de coisas” (FOUCAULT, 1971b).

Neste momento, Foucault retorna sobre o discurso para caracterizá-lo diante da análise não mais como um documento mas, sim, como um monumento, o que definiria sua história como arqueológica.

Diferenciando o enunciado de uma unidade do tipo lingüístico, mas considerando-o como uma função enunciativa, essa função coloca aquelas unidades “... em relação com um campo de objetos; em lugar de lhes conferir um sujeito, abre-lhes um conjunto de posições subjetivas possíveis; em lugar de fixar seus limites, coloca-os em um domínio de coordenação e de co-existência; em lugar de determinar sua identidade, aloja-as em um espaço em que são investidas, utilizadas” (FOUCAULT, 1972). Estranha a unidade criada por Foucault, que, ao mesmo tempo cria unidades e delimita o campo de seu exercício e de sua possibilidade.

Para proceder-se a uma descrição dos enunciados torna-se necessário definir alguns dos termos básicos utilizados:

Performance Lingüística: todo conjunto de signos efetivamente produzidos a partir de uma língua natural (ou artificial).

Formulação: o ato individual (ou, a rigor, coletivo) que faz surgir, em um material qualquer, e segundo uma forma determinada, o grupo de signos.

Frase ou Proposição: as unidades que a gramática ou a lógica podem reconhecer em um conjunto de signos.

Enunciado: modalidade de existência própria a esse conjunto de signos, modalidade que lhe permite ser algo diferente de uma série de traços, algo diferente de uma sucessão de marcas em uma substância, algo diferente de um objeto qualquer fabricado por ser humano; modalidade que lhe permite estar em relação com um domínio de objetos, prescrever uma posição definida a qualquer sujeito possível, estar

situado entre outras performances verbais, estar dotado, enfim, de uma materialidade repetível.

Discurso: conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação, ou seja, que provêm de uma mesma formação discursiva.

Prática Discursiva: um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma época dada e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa.

O que se esboça é uma teoria do enunciado, em que, diante de uma determinada performance lingüística, acontece historicamente um ato de formulação, constituindo um conjunto de signos no qual podemos identificar frases, proposições e enunciados. As práticas discursivas (como um conjunto de regras) definem as condições de existência dos enunciados que se acham contidos em um discurso, que provêm de uma mesma formação discursiva, que trataremos agora de explicitar:

Formação Discursiva: quando, para um grupo de enunciados, pode-se demarcar e descrever um referencial, um tipo de desvio enunciativo, uma rede teórica, um campo de possibilidades estratégicas.

Regras de Formação: seriam as condições de existência dos elementos de uma formação discursiva, constituindo-se de regras de formação dos objetos, de modalidades discursivas, de formação dos conceitos e de formação das estratégias.

Positividade: esse sistema de quatro níveis, que rege uma formação discursiva, e deve dar conta não de seus elementos comuns, mas do jogo de suas variações, de seus interstícios, de suas distâncias e lacunas, mais que de suas superfícies cheias.

A análise enunciativa, além de promover a determinação das regras de formação que constituem a positividade de uma formação discursiva, deve levar em conta os efeitos da raridade, exterioridade e acúmulo.

Raridade: quando quer determinar o princípio segundo o qual puderam aparecer os únicos conjuntos significantes que foram enunciados.

Este princípio, estabelecendo o discurso como um sub-conjunto limitado de tudo que poderia ser dito no universo das possibilidades, comporta:

1 – o princípio de que nem tudo é sempre dito, em relação ao que poderia ser enunciado em uma língua natural;

2 – os enunciados no limite que os separa do que está dito, na instância que os faz surgir à exclusão de todos os outros;

3 – a localização singular que o enunciado ocupa na dispersão geral dos enunciados;

4 – a retomada dos enunciados em uma totalidade que os unifica e multiplica o sentido que habita em cada um deles.

Exterioridade: quando o que importa não é quem fala, mas sim que o que se diz, não é dito de qualquer lugar.

O princípio da exterioridade retoma o descentramento do sujeito e comporta:

1 – que o campo dos enunciados seja tratado não como resultado ou traço de outra coisa, mas como um domínio prático que é autônomo (apesar de dependente) e que se pode descrever a seu próprio nível (se bem que seja preciso articulá-lo com algo que não ele);

2 – reconhecer, nas diferentes formas de subjetividade que fala, efeitos próprios ao campo enunciativo;

3 – reconhecer que os tempos dos discursos não são a tradução, em uma cronologia visível, do tempo obscuro do pensamento.

Acúmulo: quando se procura caracterizar os enunciados na espessura do tempo em que subsistem, em que se conservam, em que são reativados e utilizados, em que são também, mas não por uma destinação originária, esquecidos, eventualmente, e, mesmo, destruídos.

O acúmulo remete-nos ao campo da dinâmica da memória e comporta:

1 – remanência – que os enunciados se conservaram graças a um certo número de suportes e de técnicas materiais, segundo certos tipos de instituições e com certas modalidades estatutárias, mas também que os enunciados estão investidos em técnicas que os colocam em aplicação, em práticas que daí deriva,, em relações sociais que se constituíram ou modificaram, através dele;

2 – aditividade – os tipos de grupamentos entre enunciados sucessivos não são sempre os mesmos e não procedem por simples amontoamento ou justaposição de elementos sucessivos;

3 – recorrência – que todo enunciado comporta um campo de elementos antecedentes em relação aos quais se situa, mas que tem o poder de reorganizar e de redistribuir, segundo relações novas.

Em síntese, poderíamos dizer que a meta final da análise arqueológica proposta por Foucault é “... definir o tipo de positividade do discurso”.

Podemos descrever, para uma dada formação discursiva, limiares que descrevem momentos de diferentes emergências distintas. Assim:

Limiar de Positividade: o momento a partir do qual uma prática discursiva se individualiza e assume sua autonomia; o momento, por conseguinte, em que se encontra um único e mesmo sistema de formação dos enunciados ou, ainda, o momento em que esse sistema se transforma.

Limiar de Epistemologização: quando no jogo de uma formação discursiva, um conjunto de enunciados se recorta, pretende fazer valer (mesmo sem consegui-lo) normas de verificação e de coerência e exerce, face ao saber, uma função dominante (de modelo, de crítica ou de verificação).

Limiar de Cientificidade: quando a figura, epistemologicamente assim delineada, obedece a um certo número de critérios formais, quando seus enunciados não obedecem somente as regras arqueológicas de formação mas, além disso, obedecem a certas leis de construção das proposições.

Limiar de Formalização: quando esse discurso científico, por sua vez, puder definir os axiomas que lhe são necessários, os elementos que usa, as estruturas proposicionais que lhe são legítimas e as transformações que aceita, quando puder, assim, desenvolver, a partir de si, o edifício formal em que se constitui.

Esses limiares podem demarcar níveis diferentes para a análise histórica:

Análise Recorrential: que só pode ser feita no interior de uma ciência constituída e uma vez transposto seu limiar de formalização.

História Epistemológica: que se situa no limiar de cientificidade e que se interroga sobre a maneira pela qual este limiar pode ser transposto, a partir de figuras epistemológicas diversas. Quando se propõe a estudar a formação de uma ciência através de seu caminho de purificação de conceitos, de definição de seu passado como ideológico.

História Arqueológica: a que toma como ponto de ataque o limiar de epistemologização, o ponto de clivagem entre as formações discursivas definidas por sua positividade e figuras epistemológicas que não são todas, forçosamente, ciências.

Em síntese, a análise arqueológica trata o discurso na qualidade de um monumento, definindo-se em sua especificidade, e que possibilita uma análise diferencial das modalidades de discurso, coloca em suspenso a obra e o sujeito criados, para realizar, ao final, a descrição sistemática de um discurso-objeto.

Arqueologia e análise das ciências

O problema que se coloca, à medida que avançamos na metodologia proposta por Foucault, é a que discurso se dirige a análise arqueológica, aos discursos científicos, pré-científicos ou pseudo-científicos?

O autor responde a esta pergunta dizendo que a “... arqueologia percorre o eixo prática discursiva-saber-ciência...”, definindo:

Saber: o conjunto dos elementos (objetos, tipos de formulação, conceitos e escolhas teóricas) formados, a partir de uma única e mesma positividade, no campo de uma formação discursiva unitária (FOUCAULT, 1971a).

Assumindo saber como o produto de uma determinada prática discursiva, deve-se diferenciar os domínios científicos e os territórios arqueológicos:

Domínio científico: as proposições que obedecem a certas leis de construção.

Território arqueológico: proposições que podem atravessar textos literários ou filosóficos, bem como textos científicos. O saber não está investido somente em demonstrações, pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas.

A ciência e o saber não definem, entre si, uma relação de substituição, exclusão ou justaposição, porém, a “... ciência se inscreve a funciona no elemento de saber”. Neste ponto, FOUCAULT (1972) define as relações da ideologia com o discurso científico, definindo que “... o funcionamento ideológico das ciências articula-se onde a ciência se recorta sobre o saber”. Daí, uma série de proposições.

1 – A ideologia não é exclusiva da cientificidade.

2 – As contradições, as lacunas, as falhas teóricas podem assinalar o funcionamento ideológico de uma ciência (ou de um discurso com pretensão científica), mas a análise de tal funcionamento deve-se fazer ao nível da positividade e das relações entre as regras de formação e as estruturas de cientificidade.

3 – Corrigindo-se, retificando seus erros, estreitando suas formalizações, um discurso não anula forçosamente, por isso, sua relação com a ideologia. O papel desta não diminui à medida que cresce o rigor e que a falsidade se dissipa.

4 – Entregar-se ao funcionamento ideológico de uma ciência para fazê-lo aparecer e modifica-lo é retomar a ciência como uma prática entre outras práticas.

Especificando o eixo percorrido pela análise arqueológica surgem, de um lado, as formações discursivas, as positividades e o saber, e, de outro, as figuras

epistemológicas e as ciências. A análise das relações estabelecidas entre estes dois grupos de elementos, Foucault denomina análise da episteme.

Episteme: o conjunto das relações que podem unir, em uma época dada, as práticas discursivas às ciências; o modo segundo o qual, em cada uma das formações discursivas, se situam e operam as passagens à epistemologização, à cientificidade, à formalização; a repartição desses limiares, que podem entrar em coincidência, ser subordinados uns aos outros, ou estarem afastados no tempo; as relações laterais que podem existir entre figuras epistemológicas e as ciências, na medida em que provêm de práticas discursivas vizinhas, mas distintas.

O conceito episteme vem completar o quadro das intenções gerais do autor que, libertando-se da especificidade de um discurso, vem encontrar “... o conjunto das relações que se pode descobrir, para uma época dada, entre as ciências, quando são analisadas ao nível das regularidades discursivas”.

Metodologia de Michel Foucault

O problema é analisar uma população de acontecimentos no interior de um discurso, em geral, admitindo que estes acontecimentos formam um espaço finito, onde procura-se determinar “... essa singular existência que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte...” (FOUCAULT, 1972). Trata-se de realizar uma descrição sistematizada destes acontecimentos discursivos como formação discursiva procurando encontrar as unidades aí existentes.

Foucault define como formação discursiva aquela onde podemos descrever, entre um conjunto de enunciados, um sistema de dispersão em que existe entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, uma regularidade.

Regras de Formação seriam as condições de existência dos elementos de uma formação discursiva e teríamos:

I – Formação dos Objetos

a) Superfícies primeiras de emergência – em que se estuda como uma determinada disciplina pode definir “aquilo de que fala”, dar-lhe o estatuto de objeto, ou seja, fazê-lo aparecer, torná-lo nomeável e descritível. Estudar o seu aparecimento

segundo os graus de racionalização, os códigos conceituais e os tipos de teorias.

b) Grades de especificação – trata-se de estudar as separações, reagrupamentos, classificações, aproximações e derivações das modalidades de um objeto de um discurso.

c) Instâncias de delimitações – o estudo das diferentes instâncias que na sociedade instauram o objeto.

Após estas descrições, fica em aberto um campo de relações:

a) Relações primárias (reais) – aquelas que, independentemente de qualquer discurso ou de qualquer objeto de discurso, podem ser descritas entre instituições, técnicas, formas sociais, etc.

b) Relações secundárias (reflexivas) – aquelas formuladas dentro do próprio discurso.

c) Relações discursivas – constituem o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou quais objetos, para poder tratá-los, classificá-los, etc.

II – A formação das modalidades discursivas

Trata-se de, em um primeiro nível, descrever as formas de enunciados utilizados nos discursos, como as descrições qualitativas, narrações bibliográficas, demarcações, interpretações, raciocínios por analogia, dedução, estimativas e experimentos para, em seguida, estudar os seus encadeamentos e relações; em um segundo nível estabelecer as relações do sujeito que enuncia de acordo com:

a) a determinação de quem fala, de quem no conjunto dos que falam está autorizado a ter esta linguagem, quem recebe a garantia ou a presunção de que esta fala é verdadeira, qual o estatuto dos indivíduos que têm – e apenas eles – o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente ou espontaneamente aceito de proferir semelhante discurso.

b) a descrição dos lugares institucionais de onde o sujeito obtém seu discurso e onde este encontra sua origem legítima e seu ponto de aplicação (seus objetos específicos e seus instrumentos de verificação).

c) as posições que o sujeito ocupa em relação aos diversos domínios ou grupos de objetos, segundo seja um sujeito que questiona por uma grade de interrogação, explícita ou não, e que ouve segundo um quadro de traços característicos e que anota segundo um tipo descritivo, utiliza intermediários instrumentais que modificam a

escolha da informação, as posições do sujeito na rede de informações como emissor e receptor de observações, de recensões, de dados estatísticos, de proposições teóricas gerais, de projetos ou decisões.

A preocupação nesta fase da análise, em que se busca situar o sujeito que fala diante do enunciado, é procurar se afastar da síntese unificante de um sujeito criador transcendental, de uma subjetividade psicológica, para encontrar o sujeito diante de “... uma descontinuidade dos planos de onde fala... [e]... a dispersão do sujeito e sua descontinuidade consigo mesmo”.

III – A formação dos conceitos

Os conceitos, em um determinado campo discursivo, aparecem em uma dispersão que assume uma aparência de desordem, na qual é preciso descrever a organização do campo de enunciados em que aparecem e circulam, segundo:

a) Formas de sucessão:

1- Ordens das séries enunciativas – ordens das interferências, das implicações sucessivas, dos raciocínios demonstrativos, das ordens das descrições, dos esquemas de generalização, de especificação progressiva, da ordem das narrativas, etc.

2- Tipos de dependência dos enunciados – dependência, hipótese, verificação, asserção-crítica, lei geral – aplicação particular.

3- Esquemas retóricos – pela combinação de grupos de enunciados, como se encadeiam as descrições, deduções, definições cuja seqüência caracteriza a arquitetura do texto.

b) Formas de coexistência

1- Campo de presença – pela análise dos enunciados já formulados e que são retomados a título de verdade admitida, descrição exata, raciocínio fundado, pressuposto necessário, crítica, discussão e julgamento.

O campo de presença instaura uma série de relações que podem ser da ordem de verificação experimental, da validação lógica, da repetição pura e simples, da aceitação justificada pela tradição e pela autoridade, do comentário, da busca das significações ocultas, da análise do erro.

2- Campo de concomitância – trata-se dos enunciados que concernem a domínios de objetos diferentes e que pertencem a tipos de discursos totalmente

diversos, mas que atuam entre os enunciados estudados, assim:

- aqueles que servem de confirmação analógica,
- aqueles que servem de princípio geral e de premissas aceitas para um raciocínio,
- aqueles que servem de modelos que podemos transferir a outros conteúdos,
- aqueles que funcionam como instância superior,
- aqueles enunciados que não são mais nem admitidos nem discutidos, mas em relação aos quais se estabelecem relações de filiação, gênese, transformação, continuidade e descontinuidade histórica – domínio da memória.

c) Procedimento de intervenção

- 1- Técnicas de reescritura
- 2- Métodos de transcrição – segundo uma língua mais ou menos formalizada e artificial.
- 3- Modos de tradução – dos enunciados qualitativos em quantitativos e vice-versa.
 - dos meios utilizados para aumentar a aproximação dos enunciados e refinar a sua exatidão,
 - da delimitação dos enunciados por extensão ou restrição de sua validade,
 - da transferência de um enunciado de um domínio de aplicação a outro,
 - dos métodos de sistematização das proposições que já existem, mas foram formulados em separado,
 - dos métodos de redistribuição dos enunciados que já estão ligados uns aos outros, mas que são recompostos em um novo conjunto sistemático.

Esta análise de formação dos conceitos permite, segundo o autor, descrever “... não as leis da construção interna dos conceitos, não a sua gênese progressiva e individual no espírito de um homem, mas sua dispersão anônima através de livros e obras...” de forma tal que elas se impõem “... segundo um tipo de anonimato uniforme, a todos os indivíduos que tentam falar neste campo discursivo” (FOUCAULT, 1972).

IV – A formação das estratégias

Os discursos promovem certas organizações de conceitos, reagrupamentos de objetos, tipos de enunciações que formam, segundo seu grau de coerência, de rigor e de estabilidade, temas ou teorias. Foucault denomina de estratégia, qualquer que seja seu nível formal, a esses temas e teorias.

Trata-se agora de saber como estas “estratégias” se distribuem na história:

a) Pontos de difração possíveis do discurso

1 – Pontos de incompatibilidade – quando dois objetos ou dois tipos de enunciação, ou dois conceitos podem aparecer na mesma formação discursiva, sem poder entrar, sob pena de contradição manifesta ou incoerência, em uma única e mesma série de enunciados.

2 – Pontos de equivalência – quando os dois elementos incompatíveis são formados da mesma maneira e a partir das mesmas regras, suas condições de aparecimento são idênticas, situam-se a um mesmo nível e, ao invés de constituir uma simples e pura falta de coerência, formam uma alternativa.

3 – Ponto de junção de uma sistematização – quando, a partir de cada um desses elementos, ao mesmo tempo equivalentes e incompatíveis, uma série coerente de objetos, de formas enunciativas e de conceitos derivados.

b) Economia da constelação discursiva – o papel que desempenha o discurso estudado em relação a outros que lhe são contemporâneos e que lhe são vizinhos.

c) Função do discurso em um campo de práticas não discursivas quanto a:

1 – relações sociais;

2 – apropriação do discurso;

3 – posições possíveis do desejo em relação ao discurso.

Em síntese, o autor, mantendo-se firmemente ao nível do discurso, exclui as leituras não necessárias nos vários níveis de análise: “... não seria preciso relacionar a formação dos objetos às palavras nem às coisas; as enunciações nem à forma pura do conhecimento nem ao sujeito psicológico; os conceitos nem à estrutura da idealidade nem à sucessão das idéias; não é preciso relacionar a formação das escolhas teóricas nem a um projeto fundamental nem ao jogo secundário das opiniões”.

3. A CRÍTICA A MICHEL FOUCAULT

Um autor que, como Foucault, tenha se colocado em antagonismo com uma série de idéias já estabelecidas, e que tenha circulado por campos tão distintos do conhecimento como a medicina, a psiquiatria, a lingüística, a economia e a biologia, certamente é suscetível a uma crítica tão diversificada como os campos que a sua obra abrangeu.

O primeiro nível de crítica é a reconsideração feita pelo próprio autor na arqueologia do saber quando, referindo-se às suas obras anteriores, coloca (FOUCAULT, 1972):

“a ‘Histoire de la Folie’ dedicava uma parte bastante considerável, e aliás bem enigmática, ao que lá se designava como uma ‘experiência’, mostrando assim quanto permaneceríamos próximo de admitir um sujeito anônimo e geral da história. Na ‘Naissance de la Clinique’, o recurso à análise estrutural, tentado várias vezes, ameaçava subtrair a especificidade do problema colocado e o nível próprio à arqueologia. Enfim, em ‘Les Mots et les Choses’, a ausência de balizagem metodológica permitiu que se acreditasse em análises em termos de totalidades culturais”.

Em entrevista concedida a ROUANET e MERQUIOR (1971), Foucault considera que o principal problema (ou defeito) da Arqueologia do Saber é que não se trata nem completamente de uma teoria nem completamente de uma metodologia, mas sim de uma tentativa de definição do lugar “... ao qual o analista deve se colocar para fazer aparecer a existência do discurso científico e seu funcionamento na sociedade”. Nos freqüentes retornos críticos sobre a sua própria obra, FOUCAULT (1971^a) previu a existência de um ponto de ataque para seus opositores e antecipadamente responde: “Não me pergunte quem sou eu e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral do estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever”.

Podemos sistematizar as principais críticas à análise arqueológica nos seguintes pontos:

1 – O positivismo de Foucault: LE BON (1970) analisando “As Palavras e as

Coisas”, considera que a empresa da análise arqueológica é uma tentativa de suprimir a história através de não pensar a história. O projeto positivista encontraria o primeiro ato de seu desespero quando, ao nível da análise sincrônica, não determina com rigor os encadeamentos internos dos elementos do sistema, e, o segundo ato, ao renunciar à análise das causas dos fenômenos em benefício da descrição de correlações, ao nível da diacronia, o que condenaria à incoerência.

2 – Foucault e o materialismo histórico: ROUNET (1971) em seu trabalho “A Gramática do Homicídio”, considera que o título desse trabalho, quando entendemos gramática como o conjunto de regras de uma arte ou ciência, e homicídio como liquidação física de alguém, descreve precisamente a obra de Foucault. Partindo de uma análise no interior da própria obra de Foucault, distingue o Homicídio Metodológico do Ontológico, pois o primeiro resultaria de uma necessidade científica e o segundo como o fim de um percurso. O Homicídio Metodológico se encontra em toda a obra de Foucault, mas não de um maneira homogênea, podendo distinguir-se três momentos:

1) fase transitiva: em que o autor esboça uma análise histórica sem uma referência teleológica, sem a participação de consciências individuais, porém realizando todo um jogo das relações entre as práticas discursivas e as não discursivas, pertencendo a esta fase o “Nascimento da Clínica” e a “História da Loucura”;

2) fase intransitiva: é o momento das “Palavras e as Coisas” em que são deixadas de lado as relações entre o discursivo e o não discursivo, para se permanecer no estudo das regularidades discursivas;

3) fase da arqueologia: em que Foucault realiza a instauração de uma história descontínua e a dissolução das unidades tradicionais da descrição histórica e tenta uma síntese entre os dois momentos anteriores, mas uma síntese em que as práticas não discursivas são despresentificadas.

Segundo ROUANET (1971), a Arqueologia é um projeto basicamente materialista, porém de um materialismo não mecanicista, negando as análises que vêm nas formações discursivas um simples reflexo das condições econômicas. Quanto ao Homicídio Ontológico, Foucault coloca que o homem foi gerado para o pensamento por um acontecimento discursivo, qual seja, o da dissociação entre as coisas e as representações, e que o homem estaria sendo morto por uma nova formação discursiva iminente. Ao que Rouanet acrescenta que o válido é que se estaria formando uma configuração extra-discursiva (a sociedade uni-dimensional) que autoriza uma reflexão sobre a morte do homem. Estas idéias levariam à proposta de uma análise de dupla

leitura, a dos fenômenos discursivos e a dos fenômenos não discursivos, o que afastaria o perigo, de um lado das totalizações prematuras e do outro, do materialismo mecanicista.

LECOURT (1971), analisando a Arqueologia, afirma que Foucault descobriu a analogia entre o par objeto-ruptura e o par sujeito-continuidade. Na realidade estes pares seriam idênticos, porém, investidos. Romper com a continuidade da história e com o antropologismo seria romper com o conceito de objeto e com a noção de ruptura, ou seja, nessa obra surgiu a necessidade de romper com a epistemologia bachelardiana, situando-a no campo do antropologismo.

Segundo Lecourt, o autor, ao definir a materialidade do discurso, criou também a necessidade de “... pensar a história dos acontecimentos discursivos como estruturada por relações materiais que se encarnam nas instituições...”, o que o levou ao conceito de práticas discursivas (fundamentalmente materialista) e estabeleceu uma diferença profunda entre a Arqueologia e “As Palavras e as Coisas”.

A partir da noção de prática discursiva, surge o conceito de saber, que definirá as aproximações e as diferenças da arqueologia com o materialismo histórico. Assim, quando Foucault trata da distinção entre ciência e saber, ele está realizando uma crítica das análises de Althusser sobre a ciência e a ideologia, diferenciando saber da ideologia:

1 – O conceito de saber diferencia-se da ideologia à medida em que esta é considerada como um simples reverso da ciência, ou seja, como uma não-ciência, e o saber constitui um tecido de relações sobre o qual se apóia a ciência.

2 – O conceito de ideologia, tal como foi desenvolvido por Althusser, possibilita uma ruptura epistemológica entre a ciência e o seu passado ideológico, porém o saber existe nas práticas discursivas e não discursivas e não possibilita esse efeito de corte, mas sim de coexistência entre a ciência e o saber.

3 – A história de uma ciência, portanto, só pode ser concebida como uma história conjunta na sua relação com a história do saber.

Assim, Lecourt considera que a distinção utilizada pelo autor entre as práticas discursivas é uma tentativa de repensar a distinção entre ciência e ideologia, utilizando este conceito – ideologia (substituído pelo saber) em uma forma deslocada dentro do materialismo histórico, de tal forma que o mesmo perdeu as ligações entre a ideologia e as relações de produção. Assim:

1 – O conceito de ideologia no materialismo histórico, efetivamente, não é o

reverso da ciência, mas sim uma instância da superestrutura, dotada de uma materialidade, como o próprio Althusser reconhece em trabalhos posteriores, com função real dentro de uma dada formação social, determinada historicamente. Dessa maneira, assume as características atribuídas por Foucault ao saber, já que não é pelo simples fato de existir uma ciência que desaparecerá a ideologia.

2 – A distinção entre práticas discursivas e não discursivas leva a uma série de problemas, como as relações entre ideologia teórica e ideologia prática, ideologia teórica e ciência. Lecourt conclui que o que falta à Arqueologia é um ponto de vista classista, já que as ideologias práticas estão atravessadas pelas contradições de classe, como também os efeitos destas pelas ideologias teóricas.

Enquanto que, para Lecourt, o abandono do conceito de ruptura é, na obra de Foucault, uma aproximação ao materialismo, MENDONÇA (1971) considera que esta é a lacuna existente na análise arqueológica, apesar de ser a tendência mostrada pelo autor desde que: “A explicitude do corte é o que falta para que o projeto de Foucault em Arqueologia do Saber atinja sua plenitude”.

Discutindo a noção de corte epistemológico na obra de Althusser, BADIOU (1968) remete a Foucault, ao dizer que o corte epistemológico “... é a construção regulamentada de um novo objeto científico, cujas conotações problemáticas nada têm a ver com a ideologia... [anterior, assim]... no descoberto da ciência, pode-se tentar unir as margens do corte, o lugar ideológico no qual se indica, sob a forma de uma resposta sem pergunta, a necessária mudança de terreno”. Assim, Badiou considera que o que separa Althusser de Foucault é a convicção de que “... se uma genealogia da ciência e uma arqueologia da não ciência são possíveis, em compensação não poderia existir uma arqueologia da ciência. A ciência é, precisamente, a prática sem qualquer subestrutura sistemática além dela própria, sem ‘solo’ fundamental, e isto na medida exata em que qualquer solo constituinte é o inconsciente teórico da ideologia”.

Diferentes autores (SARTRE, 1968; LEFEBVRE, 1968; GARAUDY, 1967) consideram a obra de Foucault como uma nova ideologia burguesa e tecnocrática, posição esta que pode ser exemplificada por D’ALLONES (1970):

“La teoria de Foucault es, en efecto tecnocrática, en dos niveles: aplica los métodos de la tecnocracia, y por otra parte le suministra la ideología explícita que le faltaba”.

LUZ (1971) considera que o trabalho de Althusser “Lire le Capital”, de uma certa forma foi inspirado em Foucault (Naissance de la Clinique) e que os trabalhos de Cavailles, Koyré, Canguilhem, Bachelard e, mais recentemente, Foucault, Lacan e

Althusser encontram-se diante de uma mesma problematização da ciência, porém, uma análise mais fina pode demonstrar diferenças como a existente entre Foucault e Althusser, discutida por Badiou.

Ao analisar o trabalho de Foucault sobre as técnicas de interpretação de Marx, Nietzsche e Freud, Aurélio Luz acaba por se perguntar, “... se afinal as análises de Foucault não constituem apenas material, como já dissemos, para a ciência dos discursos ideológicos, já que estão como que falseadas, ao nível de uma resposta dada da articulação das estruturas discursivas. Resposta esta que em Foucault não tem ainda a questão produzida em seu conceito”.

Dentro da mesma linha, ou seja, no sentido de se remeter a análise althusseriana sobre a arqueologia de Foucault, ESCOBAR (1971) sente a falta da obra devido ao “... peso da ausência de uma ciência da história e de uma ciência de uma das suas regiões: a ciência dos discursos ideológicos”.

4. QUADRO TEÓRICO

Os conceitos utilizados serão os definidos por Foucault na Arqueologia do Saber e sistematizados no capítulo anterior. Trataremos agora de definir nossa aproximação e diferenciação com a proposta arqueológica, e em princípio podemos dizer que se trata de uma abordagem materialista da arqueologia. Lecourt afirma que, ao se assumir essa posição, já não nos encontramos mais no terreno arqueológico, e na realidade nem pretendemos estar, mas sim, a partir da análise do discurso realizada por Foucault, articula-lo, enquanto processo, no conjunto dos outros processos existentes em um determinado modo de produção.

Retomando os conceitos anteriores, encontramos que, na dicotomia Língua/ Fala (BARTHES, 1971), diante de uma performance lingüística sucede um ato de formulação mediado por um conjunto de regras historicamente determinadas (prática discursiva), cujo resultado é um conjunto de enunciados que se compõe em um discurso, quando pertencem a uma mesma formação discursiva. As formações discursivas possuem uma positividade caracterizada pelas regras de formação (formação dos objetos, formação dos enunciados, formação dos conceitos e escolha das estratégias) e pelos princípios de raridade, exterioridade e acúmulo. O resultado final desse processo é o Saber, sobre o qual recorta-se a Ciência, mediado pela Ideologia, sendo que as características das relações em uma determinada época constituem a

episteme.

Entendemos que o sistema arqueológico, estabelecendo a diferença entre o plano da práxis e o plano do discurso, possibilita a análise do Saber através da descrição de um discurso-objeto e abre caminhos para uma discussão da dicotomia Ciência/ Ideologia, fugindo das explicações mecanicistas, porém deixa em aberto algumas lacunas essenciais quando se analisa sua obra de um ponto de vista materialista.

Em relação ao problema levantado por LEFBVRE (1968), de que a arqueologia não seria simplesmente uma negação do movimento, mas principalmente uma negação da História como ciência, entendemos que se trata da negação de um tipo de história (história da consciência humana, da razão ou teleológica), mas trata-se também da afirmação de uma nova história (das descontinuidades, da pluralidade de historicidades e das rupturas), em que se deve, à maneira desenvolvida no materialismo, pensar o seu conceito. Na realidade, entendemos que Foucault (como também Althusser e seu grupo em relação ao conceito de modo de produção) não resolveu o problema da explicação da sucessão das epistemes, ou seja, o que determinou que se passasse do conceito de Similitude na Renascença para o sistema de Representação na época Clássica. Entendemos que cada episteme contém em seu interior contradições cuja superação leva a um novo estágio histórico, porém o estudo dessas contradições necessita do desenvolvimento de uma teoria de produção de conhecimentos, que na realidade somente começa a se esboçar. O problema da historicidade das epistemes no interior da arqueologia (como de uma certa forma também fora dela) permanece em aberto, encontrando-se portanto em uma fase (como o próprio Foucault o admite) puramente descritiva.

O problema fundamental que se coloca na análise arqueológica é o das relações estabelecidas entre as práticas discursivas e as não-discursivas. Retomando o conceito de práticas discursivas, vemos que se trata de um conjunto de regras historicamente determinadas, que regulam as condições de exercício da função enunciativa e, portanto, não têm o mesmo sentido que o conceito de prática desenvolvido na teoria materialista, em que, por prática (em geral) “entendemos todo processo de transformação de uma determinada matéria prima dada em um produto determinado, transformação efetuada por um determinado trabalho humano utilizando meios (de produção) determinados” (ALTHUSSER, 1967).

Portanto, as relações discursivas e não-discursivas, no sentido de

Foucault, deverão estabelecer-se entre um conjunto de regras e, portanto, teríamos que procurar o conjunto de regras historicamente determinadas que regeriam a função produtiva ou são relações que se estabelecem entre os fatos de discurso e os fatos sociais? Seria uma relação entre os acontecimentos discursivos e os acontecimentos sociais que levaria, perguntamos, a também estabelecer um projeto arqueológico para o social e, portanto, tomá-lo como um social-objeto para a descrição, seria necessário imobilizar o social como monumento? No horizonte dessas relações, realmente o que se pergunta a cada instante é quem dará conta das práticas não-discursivas?

Para responder a essas perguntas, que passam a ser fundamentais para o nosso trabalho, devemos analisar, mesmo que sumariamente, a análise desenvolvida por FOUCAULT (1969) na *Palavras e as Coisas*, quanto ao triedro do saber, quando o autor discute as ciências humanas. Segundo Foucault, a episteme moderna caracteriza-se por um espaço tridimensional em que, em uma das dimensões estariam as ciências físicas e matemáticas, em outra dimensão estariam as ciências da linguagem, da vida e da produção e distribuição de riquezas, sendo que na terceira dimensão estaria a reflexão filosófica. As ciências humanas não estão contidas dentro desse triedro epistemológico, mas também com ele há uma relação de representação.

As ciências humanas, tomando o homem como objeto, tomam-no como:

- “1. ese ser vivo que, desde el interior de la vida a la cual pertenece por completo y por la cual esta atravesado todo su ser, constituye representaciones gracias a las cuales vive a partir de las cuales posee esta estraña capacidad de poder representarse precisamente la vida.
2. ese ser que, desde o interior de las formas de producción que dirigen toda su existencia, forma la representación de esas necesidades, de la sociedad por la cual, e contra la cual las satisface em tal medida que, a partir de allí, puede finalmente darse la representación de la economía misma.
3. ese ser que, desde el interior de lenguaje por el que está rodeado, se representa, al hablar, el sentido de las palabras o de las proposiciones que enuncia y se da, por último, la representación de lenguaje mismo.”

Assim, as ciências humanas tomam o homem como objeto que produz

representações sobre uma das dimensões do triedro epistemológico moderno (a economia, a linguística e a biologia), constituindo-se, pois, em ciências da duplicação, em uma posição hipoeistemológica e, mais precisamente, isto as define como não-ciências, como um saber.

Cada uma das chamadas ciências humanas, segundo sua localização no espaço epistemológico, estabelece uma relação com uma das ciências do triedro e de lá retira suas categorias fundamentais. Assim, a psicologia, sob o domínio de projeção da biologia, assume as categorias norma e função, a sociologia, sob a projeção da economia, as categorias de conflito e regra, as análises de literatura e de mitos, sob o domínio da linguística, tendo como categorias significação e sistema. Essas categorias, se bem que predominantes em uma dessas disciplinas, se interpenetram.

A História é a grande dimensão da episteme moderna, já que se descobriu em princípios do século XIX que a natureza, a produção e a linguagem possuem, cada uma, uma historicidade própria e, à medida que o homem converteu-se em histórico, a História determinou que nenhum dos conteúdos das ciências humanas pode permanecer estável e escapar ao movimento da história.

Portanto, a resposta de Foucault à pergunta da dimensão não-discursiva, seria dada, ao nível dos acontecimentos ligados à vida, à produção e à linguagem, pelas ciências respectivas, e, ao nível das representações, pelas não-ciências humanas, sendo a história representada na própria historicidade da dimensão e na finitude do homem como ser histórico, relativando as não-ciências.

O materialismo histórico, postulando-se como a ciência da história, assume que as estruturas de historicidade de uma totalidade social são os diferentes modos de produção e que, portanto, uma análise histórica de uma totalidade social é o estudo das sucessões descontínuas dos diferentes modos de produção.

A História como ciência pode ser entendida como a narrativa que procura reconstituir o passado com veracidade. Assim sendo, o trabalho de investigação se resumiria na procura de fontes de informações que nos permitissem a reconstrução descritiva deste passado preenchendo os vazios factuais, contestando e reafirmando acontecimentos, procurando simultaneidades temporais e sucessões.

A partir de Hegel, a noção de história começa a tomar outros caminhos, considerando que ela deve “simplesmente compreender o que é, o que foi, acontecimentos e ações (sendo), tanto mais verdadeira quanto mais se atenha aos dados e fatos” (HEGEL, 1969), portanto, colocando a idéia de que o problema histórico é a

procura da aderência entre os conhecimentos dos fatos e dados e eles mesmos.

Porém, na visão hegeliana da História, ao colocar que a “Razão é o soberano do mundo” e aceitar que esta é a única hipótese da filosofia da história, Hegel afasta-se de um empiricismo que a afirmação acima poderia nos levar a julgar. Hegel coloca dois momentos na análise histórica:

1 – Inicialmente, o entendimento das leis históricas somente pode ser obtido a partir dos fatos, porém;

2 – Este entendimento depende da mediação de categorias que organizam fatos, ou seja, que os fatos por si não dizem nada, mas só respondem a perguntas teóricas apropriadas, e que o reconhecimento das propriedades das categorias é fornecido pela filosofia.

Hegel estabelece, portanto, uma relação entre a descrição e a teoria, sendo que o estatuto da verdade seria dado pela Filosofia, começando, pois, a definir uma sólida relação entre uma dada ciência e a filosofia que lhe sedimenta as categorias fundamentais.

A partir da hipótese fundamental, vamos encontrar o sujeito da história de Hegel como sendo o Espírito, decorrente que a história do sujeito pensante é necessariamente a história universal, já que pertence ao reino do Espírito. Como a essência é a liberdade, a história do mundo nada mais é do que o progresso da consciência humana em direção à liberdade.

Hegel definia o tempo como conceito em sua existência imediata e empírica, tendo como características fundamentais a continuidade homogênea e a contemporaneidade:

1 – a continuidade homogênea: que corresponderia a uma imagem de um rio fluindo constantemente através de uma série de paisagens, em que cada paisagem seria uma etapa histórica. O trabalho de historiador seria periodizar esse fluir de tal forma que cada período correspondesse ao próprio desenvolvimento do Espírito.

2 – contemporaneidade: partindo da idéia de totalidade social, em que todos seus elementos estariam representados sincronicamente, a periodização consegue, em um dado corte, captar todos os elementos desta totalidade social.

A História Hegeliana, a partir das idéias anteriores, define-se como um processo teleológico em que o sujeito é a própria teleologia desse processo (A Idéia) e que Althusser seria um processo sem sujeito:

“Teleológico no es una determinacion que se agrega desde fuera al processo de alienacion sin sujeto. La teologia del processo de alienacion está inserita con todas sus letras en su definición: en el concepto de alienación - que es la teologia misma – en el processo” (ALTHUSSER, 1971).

Marx, segundo suas próprias palavras, procedeu a uma inversão de Hegel, colocando suas concepções sobre seus próprios pés, já que estavam de cabeça para baixo. Partindo da idéia de totalidade social, o autor constrói o conceito de modo de produção, em que as características da produção de bens materiais de uma dada sociedade passam a ser os elementos fundamentais na definição dessa totalidade:

modo de produção: uma estrutura global dinâmica, composta por três estruturas regionais: econômica, ideológica e jurídico-político. Cada uma dessas estruturas possui uma existência relativamente autônoma e suas próprias leis de funcionamento e desenvolvimento, estando porém, determinadas, em última instância, pelo econômico.

O conceito de modo de produção implica na existência de uma pluralidade de tempos, ou seja, em historicidades diferentes em sua relatividade para cada instância. Da mesma forma como cita Harnecker discutindo as diferenças entre o tempo dos relógios, definido pela sucessão de horas, dias, etc., o tempo de uma biografia, marcado pela sucessão de acontecimentos relevantes para o indivíduo, portanto conscientes, e o tempo do desenvolvimento do inconsciente desenvolvido por Freud, em que cada tempo é construído conceptualmente (fase oral, anal, uretral e edípica).

Segundo Althusser, utilizando uma metáfora espacial (muito a gosto de Foucault), a história das ciências faz-se pela abertura de grandes continentes, assim teríamos:

- 1- O continente-matemática aberto pelos gregos, com o qual deu-se o nascimento da Filosofia.
- 2- O continente-física aberto por Galileo, em que se deu uma profunda transformação da filosofia com Descartes.
- 3- O continente-história aberto por Marx, em que se deu uma revolução na Filosofia anunciada pela XI Tese sobre Feurbach.

A abertura deste último, fazendo-se sobre uma relação de Marx com

Hegel, fez com que a grande contribuição da História hegeliana fosse a de um processo sem sujeito. Portanto, o materialismo-histórico assume, de início, uma postura anti-anropológica, pluralista, ou seja, propõe a existência de um conjunto de historicidades, assume a descontinuidade como uma das categorias da análise histórica, define uma relação entre uma ciência da história (o materialismo-histórico) e uma filosofia (o materialismo-dialético) que a fundamenta, estabelece uma relação entre a teoria e descrição de uma totalidade (modo de produção e formação social).

Podemos, agora, estabelecer nossa primeira diferença em relação à arqueologia de Foucault:

- 1- O triedro do conhecimento moderno comporta uma ciência da história, enquanto estudo da sucessão descontínua dos modos de produção.
- 2- As relações entre os acontecimentos discursivos e não-discursivos não acontecem em um espaço vazio de identificações conceituais, ou em espaços preenchidos pelo não-dito, mas sim, os acontecimentos discursivos sucedem no interior de um modo de produção e articulam-se com todas as suas instâncias e, em especial, com o nível ideológico. A descrição e análise dos acontecimentos não discursivos devem ser sustentadas pelas análises das várias instâncias de um modo de produção e, portanto, serem balizados pelas teorias regionais do materialismo histórico, da mesma forma que a descrição dos discursos-objetos é analisada a partir da Arqueologia do Saber.

O segundo problema que se coloca, gira ainda em torno do conceito de prática discursiva desenvolvida por Foucault que, como vimos, representa um conjunto de regras que controlam a função enunciativa. O problema torna-se, portanto, uma ausência, ou seja a ausência determinada pela transformação do conceito de prática.

Prática, dentro do materialismo histórico, tem implícita a idéia de uma transformação de um dado objeto em um outro, para cuja transformação foi gasto um trabalho humano. Temos, portanto, duas idéias fundamentais no conceito de prática, a idéia de processo e a noção de trabalho.

O materialismo histórico, ao tomar o conceito de processo como uma das suas categorias fundamentais, determinou também, segundo Althusser, que somente sob relações existe um processo, de tal maneira que assumir a idéia de processo é também assumir a idéia de relações.

As relações dentro de um processo colocam o agente frente à natureza e

aos seus semelhantes. Não se trata aqui de um retorno ao antropologismo, mas sim, de colocar um sujeito social determinado pelo conjunto de relações em que é colocado e na atividade que o constituiu como homem, ou seja, o trabalho.

O estudo histórico desse processo deve levar em conta duas perguntas básicas, o que se faz e como se faz e, dependendo do campo em que se situa a análise, um desses dois componentes será preponderante. Assim, quando analisamos a produção econômica, torna-se mais importante a análise de como se faz (as relações técnicas e sociais) do que a análise do que se faz (as mercadorias). No campo discursivo, sem dúvida, é mais importante a análise do que se faz, ou seja, a análise do próprio discurso e podemos dizer que é neste espaço que se situa a arqueologia de Foucault. Porém, ao se privilegiar o que se faz, o conceito que é subtraído da análise é o de trabalho.

O que encontramos diante dessa ausência-processo, relações, trabalho, é a impossibilidade de caracterizar o sujeito que enuncia diante de seu papel na divisão social do trabalho e, portanto, na estrutura social, como suporte de sua ideologia de classe. Portanto, na análise de Foucault, nas relações discursivas e não-discursivas, o sujeito se bem que possa ser caracterizado fora do discurso, é colocado como função de uma formação discursiva.

O que a análise esquece é que aqueles que enunciam já estão previamente determinados pela estrutura social no papel que denominamos o intelectual, que, segundo GRAMSCI (1968), seria o funcionário da super-estrutura responsável pela organicidade de um determinado modo de produção, e que, no mundo moderno, a escola representa o organismo predominante para a constituição desse grupo social.

Podemos agora definir o segundo distanciamento em relação a Foucault. Retomando a análise de “como se faz” o discurso, coloca-se em jogo um novo conjunto de conceitos que se dirigem para a articulação do intelectual (aquele que enuncia) e que, através da divisão social do trabalho, ocupam um lugar e uma função na estrutura social e são portadores de uma determinada ideologia, sendo que o enunciado que produziram, pertencente a uma dada formação discursiva, mantém com o modo de produção no qual estão emergidos uma relação de organicidade ou não.

Passaremos a especificar os conceitos utilizados:

1- Entenderemos por intelectual, para efeito de nossas análises, como sendo aquele que, através de um ato de formulação, produz enunciados articulados em um

discurso; que este ato de formulação seja um dos pontos determinantes de seu trabalho, ou seja, que a formulação esteja contida como um dos elementos fundamentais, no conjunto de suas relações técnicas e sociais.

Com este conceito, temos a plena consciência de não estarmos trabalhando com o conjunto de sujeitos que compõem o grupo de intelectuais, mas sim com o sub-conjunto daqueles que discursam, e também que estamos aceitando a marca do autor como um índice de intelectualidade.

Ao aceitarmos como intelectual aquele que, no conjunto de suas relações, tem como papel desempenhar uma função enunciativa, estabelecemos com Foucault uma relação que poderíamos chamar de “leques invertidos”, ou seja, que os sujeitos podem ocupar, segundo suas relações sociais e técnicas, o papel de sujeitos para um leque de enunciados, ou de objetos e, ao contrário, os enunciados e os objetos podem encontrar um leque de intelectuais que funcionem como seus sujeitos. Portanto, o que propomos é uma relação dialética entre o intelectual e o discurso, em cima da posição de sujeito.

2- O segundo conceito é o de organicidade, desenvolvido por Gramsci, em que aquelas atividades, em um determinado modo de produção, contribuem para a sua reprodução. Diante deste conceito, podemos pensar em intelectuais orgânicos, cuja função é dar homogeneidade e consciência para um grupo social nos campos econômico, social e político. Este intelectual é criado de uma maneira orgânica e conjunta por aquele grupo social, o que nos leva a poder falar de organicidade dos discursos, quando estes são enunciados para dar uma coerência e homogeneidade aos projetos, análises, propostas e etc. de um determinado grupo social.

Entendendo que o discurso não circula livremente por sobre a sociedade, mas sim que emerge em uma dada formação social pertencente a um certo modo de produção com o qual mantém relações de organicidade, verificamos que estas relações o submetem a uma certa matriz de determinações e sobredeterminações como também a formas específicas de trabalho do intelectual.

A pergunta fundamental é como operam estas relações, ou seja, como se dão as relações entre as regras de enunciação e o trabalho intelectual?

Inicialmente, devemos clarear a noção de organicidade. Entendendo discurso como um conjunto de práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam, a organicidade é um tipo especial de relação destas práticas com um outro conjunto de práticas não-discursivas, quando a função do discurso é exatamente dar

coerência a estas práticas. Em outras palavras, a organicidade do discurso é o seu funcionamento como operador de coerências para práticas não-discursivas de determinadas classes ou grupos sociais.

Portanto, é na dinâmica das classes sociais, com seus intelectuais orgânicos envolvidos em uma dada episteme, que se realizam as regras de formação enunciativas. Não se trata, evidentemente de re-introduzir a noção de sujeito na positividade do discurso, mas sim de introduzir a noção de trabalho intelectual ligado aos projetos das classes sociais.

3- Divisão social de trabalho: a repartição das diferentes áreas que os indivíduos cumprem na sociedade (tarefas econômicas, ideológicas, políticas) e que se realizam em função da posição que eles têm na estrutura social (HARNECKER, 1972).

4- Estrutura social: uma totalidade articulada composta por um conjunto de relações internas e estáveis que são as que determinam a função que cumprem os elementos dentro desta totalidade (HARNECKER, 1972).

5- Em relação ao conceito de prática, o retomaremos de uma formulação materialista, e quando nos referirmos a práticas discursivas, estaremos entendendo como o processo de formulação de um determinado discurso em que foi gasto uma certa quantidade de trabalho humano, realizado sob determinadas relações.

Ao conjunto de regras historicamente determinadas que regem a função enunciativa, denominada prática discursiva por Foucault, passaremos a chamar regras da prática discursiva.

6- Denominaremos relações discursivas ao conjunto das relações estabelecidas pelo sujeito que enuncia, como decorrência direta das características de seu trabalho na prática discursiva.

Torna-se ainda necessário definir as especificações possíveis do conceito de prática (ALTHUSSER, 1967; HERBERT, 1971):

Prática (em sentido geral): todo processo de transformação de uma matéria prima dada em um produto determinado, transformação efetuada por um determinado trabalho humano, utilizando meios determinados de produção.

Prática técnica: transformação de matérias primas extraídas da natureza – ou produzidas por uma técnica prévia – em produtos técnicos, por meio de determinados instrumentos de produção.

Prática política: transformação de relações sociais produzidas por meios de instrumentos políticos.

Prática ideológica: transformação de uma consciência dada em uma nova consciência, produzida por meio de uma reflexão da consciência sobre si mesma.

Prática teórica: transformação de um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual determinado.

Ruptura epistemológica: a desconexão que o trabalho teórico constitui sobre a ideologia.

Prática social: o complexo conjunto das práticas em indeterminação dentro de um todo social dado.

Prática empírica: o que Althusser chama a “vida concreta dos homens”, quer dizer, a relação entre a prática técnica e a prática política em uma sociedade dada, ou seja “as formas de existência histórica da individualidade”.

HERBERT (1971) discutindo as relações entre as diversas práticas, considera que “La técnica posee una estructura teleológica externa: viene a satisfacer una necesidad, a salvar una falta, una demanda que se define al margen de la tecnica misma” de tal forma que há uma correspondência na determinação, existe uma demanda social que exige uma resposta técnica e esta, por sua vez, através de um leque possível de respostas, determina novas demandas sociais.

No interior desta dupla determinação, a ideologia aparece como um sub-produto da prática técnica, e a prática política teria por função transformar as relações sociais, reformulando a demanda social.

7- Temos nos referido constantemente ao conceito de ideologia, sem deixá-lo claro. O próprio Foucault utiliza esse conceito para discutir as relações entre ciência e saber, sem também explicitar como está entendendo o seu significado. Como, de uma certa forma, o conceito de ideologia estará permeando todo nosso trabalho procuraremos explicitá-lo.

Empregando uma metáfora arquitetônica, o materialismo histórico representa os elementos pertencentes a um modo de produção, como constituídos por uma base que seria a infra-estrutura representada pelo processo de produção econômica e uma superestrutura que se rege sobre a anterior, constituída pelas instâncias jurídica, política e ideológica. A infra-estrutura determina, em última instância, a supra-estrutura que, no entanto, possui uma autonomia relativa, e esta determina a reprodução da infra-estrutura. Dentro deste quadro, a ideologia, se bem que tenha seu ponto original na supra-estrutura, atuaria como um cimento, dando coesão a todo o edificio social.

O conceito de ideologia foi inicialmente criado por Destutt de Tracy

como uma tentativa de criar uma nova ciência que estudasse as idéias (no sentido geral de fatos de consciência), suas origens, suas leis e suas relações com os signos. Este conceito passou a caracterizar um grupo de filósofos no fim do século XVIII e princípios do século XIX (de Tracy, Volney, Cabanis) que continuaram a tradição do sensualismo de Condillac.

Marx, algum tempo depois, retoma este conceito com um novo sentido em que é abandonada a idéia de uma ciência específica que tenha como objeto o estudo genético das idéias para passar a significar o sistema de idéias, de representações que dominam o espírito de um homem ou de um grupo social.

Segundo ALTHUSSER (1973^a), teríamos dois instantes do conceito de ideologia na obra de Marx: o primeiro, representado pela Ideologia Alemã, logo em seguida aos Manuscritos de 44, que conteria uma teoria explícita da ideologia, mas que ainda não representaria uma obra marxista no sentido científico do termo; e o segundo momento, em trechos esparsos do Capital, que contém elementos que trabalhados poderiam se constituir em uma teoria da ideologia.

NAESS (1964), estudando a história do termo ideologia, encontra pelo menos dois grandes conjuntos do sentido em que foi utilizado o termo, desde Destutt de Tracy até Marx, passando por Napoleão Bonaparte, assim teríamos: partindo da distinção entre eulogismo (termos com significado cognitivo preciso, tendo ou não carga afetiva) e dislogismos (termos sem significado cognitivo preciso que designam, em todo caso, atitudes frente a um objeto):

1- a utilização por Destutt seria do tipo eulógico, tentando caracterizar as idéias como um objeto possível de um estudo científico.

2- Napoleão, em sua polêmica com os ideólogos, teria usado no sentido dislógico.

Segundo Naess, o termo possui em Marx uma pluralidade de sentidos, passando por uma noção neutral em que se representaria um conjunto de idéias, especialmente morais ou filosóficas (eulógico), para um sentido de representarem idéias erradas em relação ao saber positivo da realidade (dislógico). Assim, conclui Naess: “El término ideologia parece ser una substantivación del término ‘idea’ de Destutt. Aún encontramos en el una parte de la connotación de ‘idea’. Pero la substantivación sigue una dirección particular. Mientras Destutt se inclinaba a entender por ideologia la massa general de las ideas humanas y la ciencia general de las ideas, Marx tendia a connotar mediante esta palabra una determinada clase de opiniones descriptivas o normativas

sobre ciertos asuntos que podían ser ‘morales’, ‘tecnológicos’, metafísicos t ‘políticos’. Y mientras Destutt parte de un concepto neutral de ‘idea’, Marx arranca de uno que probablemente contiene una valoración negativa”.

A indeterminação do conceito fez com que o mesmo tenha sido utilizado de diferentes maneiras por um grupo de autores como Gurvitch, Manheim, Sorel, Horney e outros. Porém, são os trabalhos desenvolvidos pelo grupo de Althusser que iniciam a tentativa de se estabelecer uma Teoria da Ideologia.

Em seus primeiros trabalhos, ALTHUSSER (1971) considera que o nível ideológico é constituído por dois sistemas:

1- sistemas de idéias-representações sociais: formado pelas diversas representações de mundo e do papel do homem dentro dele. Estas representações teriam uma função de adaptar o homem à realidade, contendo simultaneamente elementos imaginários e conhecimentos, de tal maneira que os homens vivem suas relações com o mundo através da ideologia.

COELHO (1968), em uma brilhante introdução à uma antologia de textos estruturalistas, assim coloca o problema:

“Ao longo de vinte e quatro horas, cada um de nós participa em diversos tipos de atividade, que, por vezes, quase nada têm em comum. Estes diferentes níveis (econômico, estético, político, científico, etc.), em que a atividade do homem se processa, têm a sua autonomia própria, as suas leis fundamentais, a sua temporalidade específica. Mas se cada um de nós participa nessa multiplicidade de níveis, e se o mesmo projeto de vida quotidianamente os atravessa, torna-se fácil que eu acabe por me representar a mim próprio como o centro desses níveis que se organizariam em torno da minha atividade criadora. Essa representação é uma ilusão, mas é ela que se impões na urgência dos dias”.

MILLER (1968) pensa essa representação como uma continuidade entre o “ver” e o “dizer”, realizada sobre uma inversão das determinações estruturais ao nível da consciência individual, de tal maneira que “a inversão como percepção é ilusão, como discurso é ideologia”.

2- sistema de atitudes comportamentos – constituído pelo conjunto de hábitos,

atitudes, costumes e tendências de reação específica, este sistema seria mais resistente à mudança que o anterior, podendo manter com o sistema anterior uma relação que vai desde a identidade total ou parcial até a contradição.

RANCIÈRE (1971), criticando a teoria de Althusser, pergunta-se se não estaria existindo uma coexistência entre duas conceptualidades heterogêneas, de um lado o materialismo histórico e de outro uma sociologia tipo comteana ou durkheimiana, articulação esta baseada em dupla subversão:

1- a ideologia começa a ser definida não no terreno do marxismo mas no de uma sociologia geral; a teoria marxista vem em seguida opor-se a esta teoria sociológica da ideologia como teoria de uma sobredeterminação própria às sociedades de classes; os conceitos que virão a definir a função da ideologia numa sociedade de classe dependerão dos conceitos dessa sociologia geral.

2- Mas o nível desta sociologia geral reivindica-se a si próprio como nível da sociologia marxista, sem que no entanto esta tenha algo a dizer sobre ela.

Assumindo uma concepção de ideologia como uma certa representação que os homens fazem do mundo e das relações que mantêm com ele, Althusser explicita um conjunto de características que fazem parte do conceito, não sem antes colocar que só é possível entendê-lo através de sua estrutura, ou seja, através do modo de dispor e de combinar-se dos elementos que o conceito abarca. Neste sentido, o autor retoma o sentido eulógico do termo, podendo constituir-se como um objeto para o estudo científico. As características do conceito são as seguintes, segundo ALTHUSSER (1971):

1- a Ideologia comporta um conjunto de regiões relativamente autônomas, como a ideologia religiosa, ideologia política, ideologia moral, estética, filosófica, etc., sendo que, de acordo com períodos históricos, para determinados modos de produção e para certas formações sociais, uma dessas regiões é dominante sobre as demais.

2- Para cada uma dessas regiões a ideologia existe sob uma forma mais ou menos difusa, mais ou menos irreflexiva (ideologia prática) ou sob a forma de mais ou menos consciente, reflexiva e sistematizada (ideologia teórica).

3- A Ideologia em uma sociedade de classes é necessariamente a falsa representação do real, constituindo, portanto, em fornecer a visão mistificada do sistema social para manter os indivíduos em um lugar de classe dentro do sistema de produção. A ideologia seria, portanto, uma alusão ao real fornecida em termos de ilusão.

4- A Ideologia teria como função social básica, dar a representação que a

posição dos indivíduos dentro de uma sociedade de classes é um fato natural.

5- Para uma sociedade de classes, as idéias dominantes são as idéias da classe dominante, e que dentro da ideologia geral nós temos tendências ideológicas, que são as representações das diferentes classes sociais.

Em trabalhos posteriores, ALTHUSSER (1973^a) retoma o tema, propondo alguns elementos que poderiam constituir-se em um princípio da Teoria da Ideologia. Assim, o autor assume que falar de ideologias é referir-se ao nível das formações sociais, à sua historicidade e à sua determinação que é externa a ela mesma. Portanto, quando se fala em nível geral, não existe teoria das ideologias, mas sim uma teoria da ideologia que, da mesma forma que o inconsciente freudiano, é omni-histórico, ou seja, eterna.

A partir desta identificação do conceito de ideologia com o conceito de inconsciente, Althusser propõe duas teses:

1- A ideologia representa o rapport imaginário dos indivíduos às suas condições reais de existência.

2- A ideologia tem uma existência material, ou seja, “à xe considérer qué un sujet (tel individu), que l’existence de idées de sa croyance est materielle, en ce que ses idées sont ses actes matériels aux-mêmes définis par láppareil idéologique matériel dont relèvent les idées de ce sujet”.

Dessas duas proposições o autor retira duas conclusões centrais:

- 1) Não há prática senão para e sob uma ideologia.
- 2) Não há ideologia senão pelo sujeito e para os sujeitos.

Poderíamos, pois, tentar conceituar ideologia dentro do quadro althusseriano como uma estrutura que percorre o eixo desconhecimento-reconhecimento, em termos gerais a-histórico, mas que se realiza ao nível de uma formação social em várias regiões (sendo que uma delas é dominante sobre as demais), determinando as práticas e existindo pelo sujeito e para os sujeitos na função social de promover uma alusão-ilusão ao real.

A ciência, percorrendo o eixo desconhecimento-conhecimento, portanto em Althusser encontra-se como um dos termos de uma oposição, em que o segundo é a ideologia, de tal forma que uma das funções do cientista é, através de uma prática teórica, instaurar uma ruptura epistemológica que constitua a ciência e denuncie seu passado como ideológico. Assim, cada nova ciência constitui um discurso que

estabelece as condições de sua cientificidade, ou seja, realiza uma ruptura epistemológica (ruptura galileana) de tal forma que o conhecimento é produzido por uma pluralidade de ciências com as quais a filosofia mantém uma relação de objeto.

Distinguindo o objeto do conhecimento do objeto real, para conhecer-se o que é uma ciência, deve-se conhecer como a mesma é constituída, produzida através de uma prática específica (Prática Teórica) que distingue-se de todas as demais práticas.

Denominando o objeto do conhecimento de uma dada ciência de Generalidade I e o corpo de conceitos, a unidade contraditória de sua teoria em um dado momento histórico de Generalidade II, e denominando de Generalidade III os novos conceitos ou teorias produzidos, a Prática Teórica seria a produção de GIII pelo trabalho de GII sobre GI (ALTHUSSER, 1967).

Tentaremos, agora, situar-nos em relação à teoria da(s) ideologia(s) e explicitarmos de como a mesma será utilizada no decorrer do nosso trabalho e quais algumas das hipóteses que permearão o mesmo em relação ao par Ciência/Ideologia.

Entendendo ideologia como uma representação que é dada aos homens para funcionar como uma mediação entre eles e o mundo, e que esta mediação acha-se ancorada nas aparências dos fatos, assumimos que em uma sociedade de classes, esta representação é predominantemente invertida de forma tal que funciona como uma ilusão diante da verdadeira essência dos fenômenos.

Com isto queremos dizer que a ideologia não é um pensamento construído pelo próprio sujeito concreto, mas é muito mais uma forma de pensar, ou seja, uma forma (ou um modo) de apreender o real em sua aparência aliada a um conjunto de formulações pré-constituídas, que é utilizado para a explicação do real (reconhecimento). Com o termo predominantemente invertido, queremos dizer que não necessariamente todo o discurso ideológico é composto de ilusões sobre o real, mas que pode conter elementos que se refiram à essência do real.

A partir destas considerações preliminares, passamos a expor algumas teses sobre este conceito:

1- a ruptura epistemológica não promove um corte definitivo com a ideologia, mas sim instaura uma nova relação do discurso científico e da prática da ciência com a ideologia.

2- Sendo a determinação da ideologia feita, em última instância pela estrutura da produção de uma formação social, a instauração de uma nova forma de produzir conhecimentos não promove por si só uma mudança no sistema de representação

instaurado por aquela estrutura. Os conhecimentos, GIII no dizer de Althusser, só modificam as representações quando produzem modificações ao nível das relações sociais ou quando promovem a formação de uma nova forma de apreender o real nas relações concretas dos homens.

3- A materialidade da ideologia, através das instituições, dos aparelhos ideológicos, obedecem a leis que não são as mesmas envolvidas na produção de um conhecimento científico e, até de certa forma, aquelas determinam a forma de produzir conhecimentos no espaço da escolha dos possíveis objetos a serem estudados, no financiamento das investigações, na divulgação de conhecimentos e na reprodução da cidade científica, no dizer de Bachelard.

4- No interior do discurso científico, o trabalho de delimitação ideológica só pode ocorrer em sub-conjuntos do universo dos discursos, na hipótese em que estes mesmos discursos tenham uma função social na reprodução do sistema. Assim, como coloca Gramsci, as classes dominantes formam os intelectuais que precisam e, portanto, produzem seus discursos orgânicos.

5- A oposição Ciência/Ideologia, representando a oposição dos eixos desconhecimento-conhecimento/desconhecimento-reconhecimento, parte, na realidade, de uma falsa oposição ou, em outros termos, em uma oposição mal colocada.

A verdadeira oposição está situada entre as condições reais de existência e as representações dessas condições reais enquanto alusão-ilusão da realidade. As representações dessas condições reais não são dadas de imediato, mas sim mediadas por um modo de representar o real e de reconhecer no representado este real, tratando-se da construção mediada e inconsciente de uma aparência social. A solução desta contradição não requer em princípio um elemento externo, mas é na constituição da representação de uma nova aparência (enquanto projeto de uma classe social) que se torna possível a modificação das representações invertidas e, portanto, as pré-condições para a mudança das condições reais de existência.

Algumas das ciências, aquelas que situam seu espaço no campo das contradições, permitem o desenvolvimento de um instrumental conceitual que, funcionando como mediador na constituição de novas representações, possibilita (ou catalisa) a resolução das contradições fundamentais.

Em outras palavras, queremos dizer que a ruptura epistemológica, de uma maneira geral, somente rege a articulação do discurso científico com a ideologia, mas que a constituição de ciências que realizem uma delimitação ideológica quando o

campo dessas ciências é recortado pelas contradições entre as representações das condições reais de existência e as próprias condições de existência, possibilita a construção de uma nova aparência do real que é mediada por um campo conceitual, constituindo-se em novas representações.

Neste sentido, a prática política visa muito mais que promover a apreensão da essência da estrutura social, promover uma transmutação da aparência em uma nova representação da sociedade de classes, aparência esta construída por uma mediação conceitual classista.

Neste ponto, voltamos a nos encontrar com Foucault, quando o trabalho desloca-se para estudar a ideologia, funcionando em um recorte da ciência sobre os elementos do saber. Trata-se de considerar como o faz CASTELLS (1971), “No hay, historicamente ningún producto puramente teórico, sino que siempre as encuentran formaciones ideológico-teóricas, de dominante ideológica e teórica”.

Trata-se de considerar, como RANCIÈRE (1971), que “a relação entre ciência e ideologia não é ruptura, mas de articulação. A ideologia dominante não é outro tenebroso da pura claridade da ciência: é o espaço em que se inscrevem os conhecimentos científicos e onde estes são articulados, enquanto elementos do saber de uma formação social. É dentro das normas da ideologia dominante que um elemento científico se torna objeto do saber”.

Em síntese, podemos dizer que partimos da definição althusseriana de ideologia e na discussão Ciência/Ideologia retomamos o conceito e o reolocamos diante de uma nova contradição, o que nos possibilitou discutir as características da aparência do real e a possibilidade da constituição de uma nova aparência que fosse a mediação de um instrumental científico sobre a construção de representações do real e o próprio real, representação esta que contivesse explícitas as contradições. Dessa forma, situamos os complexos ideológicos/teóricos em relação às condições reais de existência. No decorrer deste caminho, tentamos estabelecer os limites do conceito de ruptura epistemológica diante do próprio conceito de ideologia.

CAPÍTULO III

A EMERGÊNCIA DA MEDICINA PREVENTIVA

A Medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por três vertentes, a primeira a Higiene, que faz o seu aparecimento no século passado, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a segunda a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor (POULANTZAS, 1969); e a terceira o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica.

Nossa preocupação neste capítulo é compreender como a Medicina Preventiva situa-se em relação a estas três vertentes, ou seja, como se dá a substituição da Higiene, e as respostas ao custo da Atenção Médica, através de um discurso que instaura uma atitude, que essencialmente é normativa e que, rompendo com as barreiras geográficas da sua origem, ganha uma dimensão continental.

Para isso, estudaremos a especificidade do discurso da Higiene em sua articulação com a ideologia liberal, as condições do aparecimento da crítica à medicina liberal nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos e, finalmente a redefinição dos contornos do profissional médico que responderia a estas críticas.

1. HIGIENE

SIGERIST (1974) considera que para cada época histórica é possível relacionar o conceito de Higiene com o contexto cultural e filosófico, já que o primeiro está determinado pela “Weltanschauung” da época. O autor exemplifica estas relações com diferentes civilizações, como a grega, romana, judaica, etc., porém, para a nossa análise é importante situar dois períodos.

Durante o absolutismo (HOBBS, 1974) o cuidado dos cidadãos era uma responsabilidade do Estado, o soberano ordenava o que devia ser feito, da mesma maneira que controlava as relações comerciais, dando aos comerciantes as garantias e a estabilidade necessárias para os seus negócios. Durante este período, tanto na Inglaterra como no continente, quando os governos procuram formas de aumentar a sua riqueza e o poder nacional, é que começam a surgir algumas proposições sobre a Medicina e a Higiene.

Na Inglaterra, Pety (ROSEN, 1963) propunha um primeiro modelo de planeamento de saúde, constando de estudos de morbidade e mortalidade, que definissem as necessidades de atendimento médico. J. Beller, um mercador, colocava, como solução, para o desperdício de recursos humanos causados pelas doenças, a criação de um instituto com hospitais que atendessem às populações mais pobres. Porém, o trabalho fundamental que caracteriza esta época é o de Johann Peter Franck sobre Política Médica que representava um sistema completo de normas a serem seguidas. Neste período, no dizer de Sigerist, faz-se uma “higiene desde arriba”.

Em oposição às idéias absolutistas, aparece o Contrato Social de Jean Jacques ROUSSEAU (1973), que considerava serem os homens bons em sua essência, quando viviam em um estado natural, e que o fundamental da natureza humana é a liberdade. Assim, a relação com o Estado é uma relação de alienação à vontade geral, que é a do bem comum, sendo o Estado o depositário desta alienação.

Os homens seriam doentes por ignorância, surgindo a educação ocupando um papel central na obra deste pensador, como uma das formas de exercer e desenvolver o exercício da liberdade. Surge no dizer de Sigerist uma “higiene desde abaixo”, que pretende ensinar ao povo as medidas higiênicas, através de inúmeras publicações.

O desenvolvimento das idéias de Rousseau, culminaram na Revolução Francesa, onde se desenvolve, intensas atividades sanitárias e o florescimento de

concepções políticas da Medicina e da Higiene, como por exemplo a de Lanthenas, e o controle da atenção médica por parte da população. Na Inglaterra, tomam-se medidas que são simultaneamente concessões e formas de controle da classe trabalhadora. Na Alemanha, o conceito de Medicina Social é um conceito político que fez com que vários dos seus defensores lutassem pessoalmente nas barricadas de 1848 pela liberdade e pelo socialismo, como Newman e Virchow, tendo as associações camponesas lutando pela assistência médica e fornecimento gratuito de medicamentos (ENGELS, 1960).

O que queremos especificar é que a higiene caracteriza-se, no século passado, por uma ligação com as ideologias liberais que afirmavam as responsabilidades individuais perante a saúde e como um conceito político nos movimentos socialistas da época. Porém “la coincidencia final entre la ideologia del liberalismo burgues con su victoria sobre el cerrado mundo aristocrático y sobre el empuje proletário socializante, y la igualmente liberal y individualista que empregna la teoria y práctica de la medicina, convertirá a los médicos en aliados y defensores naturales de este orden social burgues” (CAMPOS e GARCIA, 1973). Esta é a higiene do fim do século passado e início deste século.

A Higiene entendida no sentido mais geral e etimológico é a arte de conservar a vida, segundo BECQUEREL (1883) em um tratado de 1883, “L’hygiène est la science que traite de la santé dans le double but de sa conservation et de sou perfectionnement” e em ARNOULD (1883) que “L’hygiène est l’étude des rapports sanitaires de l’homme avec le monde extérieur e des moyen de faire contribuer ces rapports à la viabilité de l’individu et de l’espèce”.

Em vários livros da primeira metade deste século, a Medicina Preventiva aparecia como uma disciplina, parte ou setor da Higiene. Assim, em obra publicada em 1913, PEIXOTO (1938), no Brasil, considerava a Higiene como “... a nova medicina. Enquanto a outra, a velha medicina, procurava, muitas vezes sem o conseguir, curar as doenças, esta trata da saúde, para evitar a doença. É mais fácil, e é seguro”. Dessa maneira a Medicina Preventiva aparece quando “é necessário cuidar dos meios de a defender (a saúde) quando em possibilidade de ser agredida ou já em perigo”.

PONCE e MENDEZ (1950), colocam a Medicina Preventiva como uma das subdivisões da Higiene especial, conceituando-a como “la medicina como medio de prevenir las enfermedades, no de curalas (sueros y vacinas)”.

A Higiene mantinha um duplo discurso: 1º.) afirmando a sua própria natureza, as suas responsabilidades e fundamentalmente o seu destino inexorável para a

solução de um conjunto de problemas que não haviam sido resolvidos pela “velha medicina”, nem, tampouco por outras instâncias da sociedade.

PEIXOTO (1938) estabelece as seguintes fases históricas referentes aos conceitos de saúde e doença:

I – Ciclo Religioso: - temor do doente e da doença. A doença é um castigo, punição divina. É flagelo, obscuro e misterioso, *aliquod obscurum et divinum*: deve ser purgado com preces e exorcismos. Assim acontecia aos epiléticos, aos leprosos, aos sífilíticos. Na fase heróica do Cristianismo, este modo de sentir culminou num conceito aparentemente contraditório – o tema da doença, sinal da cólera divina, e resignação do doente, pois que o sofrimento era o caminho da perfeição.

II – Ciclo Médico: - defesa do doente contra a doença. A doença é dano e perigo individual; o doente é, porém, digno de piedade: *ressacra miser*. Tratá-lo caridosamente é servir a Deus, adquirindo graças: procurava-se curá-la. Daí, os hospitais e lazaretos para os tratamentos adequados e o decorrente desenvolvimento da medicina que acompanhou essa fase da Higiene, principalmente devida ao Cristianismo católico e reformado.

III – Ciclo Profilático: - defesa do são contra a doença. A doença é perigo público; o doente continua a merecer a caridade e, mais, deve-se-lhe assistência, por solidariedade, como parte social, mas não deve ser nocivo à comunidade. É nesta fase que se pronuncia a independência da Higiene da Medicina propriamente dita; vêm daí as práticas de isolamento, quarentenas, desinfecção, notificação compulsória, vacinas coletivas.

IV – Ciclo Econômico: - extinção da doença. A doença, sendo mal evitável, deve ser combatida: para o indivíduo à parte, o sofrimento é ônus considerável: o doente é instrumento ou máquina de trabalho e riqueza parada, estragado ou perdido. Para a sociedade, é ônus considerável e constante porque todos os males e prejuízos individuais se repetem sem cessar. De onde, a doença não deve existir: ao invés de se premunirem contra ela os indivíduos, a comunidade se empregaria em exterminá-las.

As leis sociais de seguro e previdência, as campanhas de saneamento marcam esta direção. Esta fase que é a de agora, e será notadamente a de amanhã, separa definitivamente a Higiene, da Medicina.

É a persistência de um mito: o da extinção e controle completo das doenças, tendo como objetivo final a morte natural (ILLICH, 1973; ARIÉS, 1973), é a vida fluindo para um fim almejado sem os percalços das enfermidades, é a retomada

moderna da fonte da juventude, não perdida em algum lugar à espera de aventureiros, mas ali próxima a cada indivíduo que através de um conjunto de normas particulares e coletivas, realizaria o velho sonho.

Mas, para isso, a Higiene separa-se da Medicina e a critica:

“Porque, dentre os médicos, só a esquerda da classe, os charlatões, são conscientes: sabem que enganam; os outros... sofrem a sorte comum dos doentes, são enganados. Enganados pelo romance de uma ciência engenhosamente enfeitada, construída como aquela estátua mitológica que iludiu ao amor do próprio estatuário; enganados principalmente pela credulidade aflita do sofrimento que na hora da dor ou do perigo apela para nós, como para a mesma salvação” (PEIXOTO, 1938).

Portanto, afirmando as suas possibilidades diante de um objeto aumentado que se confunde com a própria vida, a Higiene define e demarca os limites da Medicina dentro de sua natureza episódica, e, das limitações de sua capacidade em solucionar os problemas desta própria vida. Já aparecem neste discurso as relações estabelecidas da saúde com o processo produtivo em que o homem é um dos fatores de produção.

Como visão histórica, a Higiene coloca uma história teleológica da medicina, caminhando para a realização de um conceito de saúde positiva, permeando todas as condutas humanas, e que na fase moderna, ela própria, a Higiene seria o instrumento deste “telos” participando da formação de uma consciência sanitária.

2º.) Afirmando o seu âmbito como superpondo-se ao espaço e ao tempo da própria vida, a Higiene discursa normativamente sobre esta vida, assim no tratado de BECQUEREL (1883) encontramos os seguintes temas:

a) Estudo do homem no estado de saúde -

1 – das idades, do sexo, da constituição e temperamento, das idiossincrasias, da hereditariedade, dos hábitos, das raças e das profissões.

b) Assuntos de Higiene – em que se trata da atmosfera do solo, do calor, do clima, das águas, etc., das habitações, vestimentas, alimentação, exercícios, percepção, genitais e excretas.

c) Higiene aplicada – em que se discute especificamente a Higiene do trabalho.

TURNER (1964) relaciona o conhecimento (cultura sanitária) com a saúde:

“Se obtendrá, evidentemente, una salud mejor no por la simple adquisición de conocimientos de higiene, sino por su aplicación. Tu salud, depende, no de lo que sabes, sino de lo que haces, se conserva gracias a una manera de vivir, a un regimen higiénico constante, y haciendo lo que debes, no simplemente pensandolo, descándolo, sabiendolo”.

Assim, a Higiene coloca seu discurso em um espaço constituído por um sistema de eixos, em que no vertical corre o processo cronológico do desenvolvimento humano com suas características particulares, é o indivíduo em movimento na dinâmica dos seus caracteres psico-biológicos. No eixo horizontal, está o conjunto de atividades desenvolvidas por este indivíduo como uma totalidade que trabalha, alimenta, reproduz e diverte-se em um dado ambiente.

Para cada ponto deste espaço, que caracteriza um indivíduo no conjunto de sua vida, a Higiene possui normas, recomendações e medidas que, se aplicadas fariam com que este indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural.

A Higiene não é uma ciência, mas a aplicação de todo o conjunto das ciências na manutenção do bem-estar, mito de uma unidade do conhecimento em prol do bem viver, espaço que se superpõe e acompanha a vida, difusa no próprio espaço dos homens.

Totalidade interdisciplinar, saber que se adere à vida, a Higiene cria, neste duplo discurso uma alusão-ilusão às condições reais de existência, alusão na medida em que discursa sobre o valor de uso da própria vida na amplitude de suas vinte e quatro horas diárias (PONCE e MENDEZ, 1950):

“El hombre que trabaja necesita hallar en el hogar la variante de la rutina diaria que sea un sedante espiritual y estimule sus habilidades o inclinaciones naturales (pintura, jardinería,

carpinterie, avicultura, etc.) en tal forma que aleje su mente del trajín habitual”.

“Además la fatiga produce la disminución del rendimiento de los obreros y por lo tanto de las fábricas, y crea el ambiente propicio para los accidentes de trabajo y para los movimientos gremiales”.

“Los salones destinados para aulas deben ser amplios; las paredes pintadas de colores claros pero sin brillo; los ángulos redondeados para facilitar la limpieza”.

“La construcción de viviendas para obreros, cercanas a los grandes establecimientos industriales y costeadas por estos procura el acercamiento del capital y del trabajo”.

Ilusão, enquanto centra nas medidas higiênicas e em uma cultura higiênica a solução dos problemas que estão nas próprias condições de existência e, portanto, representando uma visão de mundo ideológico que no conjunto de suas representações abstrai as causas para afirmar uma solução normativa, vindo da unidade das ciências, enquanto discursa sobre as alternativas de mudanças das condições de existência, dentro da própria estrutura que determina estas mesmas condições de existência.

A divisão técnica e social do trabalho, a compartimentalização do conhecimento em disciplinas e ciências que possuem, cada um em seu próprio interior um mecanismo de alusão-ilusão que realizam um recorde sobre o saber, fazem com que a Higiene como projeto de síntese se dissolva em suas partes. É o fim dos “trajados”, como é o fim da própria Higiene, não mais aderindo a própria vida, mas absorvida na multiplicidade das disciplinas. Operação da estrutura que diversifica contra a pretensão da síntese.

A pretensão de um encontro dos indivíduos com uma síntese das ciências visando o seu bem estar, pressupõe um encontro homogêneo destes indivíduos em uma relação de igualdade. O projeto da Higiene, em uma sociedade dividida em classes, com

o conhecimento monopolizado no interior das profissões, fez com que a prática a Higiene fosse dissolvida e no ensino fosse substituída pela Medicina Preventiva.

Referindo-se ao ensino, PEIXOTO (1938) desce das promessas e cai na realidade da escola médica:

“...Anatomia, Histologia, Patologia geral, Anatomia Patológica, Terapêutica, Clínicas, Medicina Legal, só achamos a preocupação tenaz, obsidente, exclusiva, - da máguá, que chamamos lesão - , da morte, que não consideramos ainda o fim de tudo, pois a exploramos nas secções, nas inclusões, nos córtex, nos preparados, nas projeções, nas gravuras, nos tratados, nas cátedras, nas academias e sociedades sábias. A gente não se cura, mas fica bem, informado de que morreu”.

E prossegue:

“Neste fúnebre aparelho, como ironia macabra de humorista, uma só, esta singular cadeira de Higiene, dedicada a saúde. É do que menos se trata, naturalmente, nas Faculdades de Medicina; é o que não nos importa, está bem visto, a médicos, consagrados à doença e à morte...”

Desta maneira, a Higiene teve, neste princípio de século, o seu desaparecimento, determinado, por um lado, pelo avanço do conhecimento da “velha medicina”, pelo aprofundamento da divisão técnica do trabalho em uma sociedade de classes, pela compartimentalização do conhecimento científico e pelo seu isolamento dentro das escolas médicas.

2. O DESENVOLVIMENTO CENTRAL

A sucessão cronológica da Medicina Preventiva, em sua forma estrutural, diferenciando das condutas preventivas e superpondo-se ao próprio campo de medicina, pode ser dividida em duas fases. A primeira, que se inicia após a Primeira Grande Guerra, com a reforma dos currículos das escolas médicas na Grã-Bretanha e a segunda

fase, após a Segunda Grande Guerra, coma realização dos Seminários Internacionais sobre Medicina Preventiva.

Em 1922, o currículo das escolas médicas na Grã-Bretanha foi revisado para que se colocasse mais Medicina Preventiva, em seus assuntos. Esta resolução foi tomada pelo General Medical Council: “that throught the whole period of study the attention of the student should be directed by his teachers to the importance of the preventive aspects of Medicine” (GENERAL MEDICAL COUNCIL, 1923).

Desta forma, a primeira proposta da Medicina Preventiva, estaria com duas características básicas: que seu ensino deveria tomar todo o currículo e que seu objetivo seria o desenvolvimento de uma nova atitude.

Vejamos como se refere HEWMAN (1923), um dos seus primeiros teóricos:

“Even more important than the spirit of prevention pervading all instructions is the whole attitude of the student to his clinical work”.

Para que isto seja obtido o estudante:

- “must know the physiological standard of health and capacity from wich he starts”
- “... must become really been on the search for the etiology, the primary and secondary cause, of the morbid conditions he is investigatins”.

A consecução destes objetivos para a educação médica definia a necessidade de intensas reformulações curriculares, em que o ensino básico seria o degrau inicial para que se pudesse “... instilling into the mind of the student the necessity for his keeping constantly in view, in all the advice and treatment he may give throughout his professional life, the primary importance of promoting the general health of those who entrust themselves to his care, and of preventing trivial ailments from developing into definite disease”.

A partir destas idéias, começam a ser criados departamentos ou cátedras de Medicina Preventiva nas escolas médicas, tendo logo estas concepções atingido os Estados Unidos e o Canadá. Começam a aparecer artigos nas revistas médicas relatando

experiências dos cursos de Medicina Preventiva e propondo modelos de ensino (NUNSON, FITZGERALD, 1936, DEATHERS, 1932).

DEATHERS (1932) realiza uma revisão da situação, contando que novas abordagens devem ser utilizadas, para conciliar o interesse dos estudantes e das faculdades, no ensino da prevenção, devendo isto ser feito através de uma abordagem clínica.

A Associação Americana de Saúde Pública solicitou a formação de um comitê que formulasse um programa educação para estudantes de medicina, em Medicina Preventiva e Saúde Pública. As conclusões divulgadas em relatório preliminar, em 1942, foram baseadas em questionários, artigos e opiniões pessoais de seus membros, sendo suas principais formulações (MUSTARD et alii, 1942, 1945).

1º.) Os cursos de Medicina Preventiva e Saúde Pública constituem um novo enfoque dentro dos currículos e existem divergências e confusões em torno de seus conceitos. Não existindo consenso sobre o que deve ser incluído em tais cursos, devem os seus preponentes se insinuarem de forma oportunista no ensino. Acrescenta-se a isto divergências locais de necessidades, recursos, opiniões das direções, etc.

2º.) O ensino tem se baseado em leituras e alguns trabalhos de campo, como visitas a departamentos de saúde, tratamento de água, indústrias, etc. Algumas escolas estabeleceram relações com departamentos públicos e agências voluntárias de serviços, para observação e participação direta, ocasional, em programas de clerkship clínico.

3º.) A existência de um pequeno número de departamento de Medicina Preventiva em regime de tempo integral e o limitado aumento destes departamentos no período de 1935 a 1942, sendo a porcentagem de horas dedicadas ao ensino da matéria 1,9% do tempo curricular.

O comitê recomendou, após estas e outras considerações, as necessidades de uma distinção mais precisa entre os termos Medicina Preventiva e Saúde Pública, da integração com outros Departamentos o aumento do número de horas, a inclusão de Bio-estatística e Epidemiologia, a integração com organismos Departamentais, o início precoce do curso e sua continuidade e finalmente que os departamentos fossem denominados de Medicina Preventiva. Foi definido:

“That ‘Preventive Medicine’ be regarded as that body of knowledge and those practices believed to contribute to the maintenance of health and the prevention of diseases in either individual or the aggregate: and that ‘public health’ be regarded

to health in the aggregate, either through preventive or corrective measures or both”.

O relatório final surge em 1945, reafirmando as posições iniciais, sugerindo um currículo mínimo e o aumento dos orçamentos destinados à área, afirmando:

“A separate department of preventive medicine and health is justified in medical teaching because preventive medicine introduce a new and, if not revolutionary, at least heretofore neglected point of view. A primary interest in the conversation of health through prevention rather than in the diagnosis and therapy of established pathology”.

O período de 1922 e 1950 representa a introdução dos departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, ou seja, a criação de entidades pertencentes a um movimento ideológico geral, no interior da medicina, que começaram a surgir e são geradas por um novo discurso.

O discurso se inicia por tentativas múltiplas de definição sobre “aquilo que se fala”, ou seja, de como a Medicina Preventiva ganha um novo estatuto, exigindo, portanto, uma nova conceituação.

PAUL (1941) discute que a Medicina Preventiva é parte da medicina clínica e que “... technicaly Preventive Medicine is the science of preventing illness in man...”, mas que do ponto de vista da escola médica, “... the term Preventive Medicine means more than prophylaxis, just as clinical medicine means more than therapeutics...”, sendo que a primeira “... concerned with the study of conditions under wich illness occurs in individuals (or group of inviduals) as well as with the thecnics of their control”.

A Medicina Preventiva define um objeto de estudo e uma prática que engloba “those activities that are the direct responsability of the individual in the prevention of diseases and the protection of the health of himself and of his family” (SMILLIE, 194). Porém o resultado de suas atividades, no interior da escola médica, “... is the development and maintenance in students of a preventive attitude or approach wich should permeate all medical work” (TAYLOR, 1957).

O objeto, que surge das superfícies primeiras de emergências, possui uma dupla natureza. De um lado, as condições de ocorrência das doenças, e de outro, a

atitude preventiva incorporada ao estudante que deverá desabrochar plenamente em sua prática cotidiana.

O passo seguinte do processo é a delimitação do objeto e portanto da nova disciplina, através de uma grade de especificação que se centra sobre a Saúde Pública e a Medicina Social. A especificação da área vai desde a incorporação de todos estes conceitos dentro da Medicina Preventiva (PERKINS, 1942; LEATHERS, 1941; BOYD, 1936) até as tentativas de estabelecimento de diferenças específicas (PAUL, 1941; GONZALES, 1970).

Porém, realmente, o elemento que opera a delimitação do objeto é o enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, que simultaneamente delimita aquelas condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e o espaço das atribuições médicas. O prefácio de uma coletânea de artigos, organizada pela Academia de Medicina de New York MILLER (1942), define este espaço como “... that marginal land between public health and medicine”.

Instaurado este novo objeto, como uma composição entre produção de conhecimentos e desenvolvimento de atitudes, o discurso deixa em aberto a questão de qual a natureza deste conhecimento, que encontra como se fosse uma barreira para a sua incorporação à prática.

A resposta a esta pergunta não formulada, é apresentada como uma tendência apologética de discurso preventivista, colocando-se como “... a philosophy and a science having practical application in every phase of medicine ... [e] ... a minor revolution in the thinking of many who teach” (PERKINS, 1942).

Os sujeitos do discurso preventivista, situados nas Associações Americanas de colégios médicos, de Saúde Pública e de medicina e nas várias Academias, bem como nos recém criados Departamentos de Medicina Preventiva, partem da definição de uma problemática (ou uma crise) na atenção médica, que deve ser resolvida ao nível dos próprios médicos, sob a ameaça de uma intervenção estatal.

No encontro de Boston, em 1920, da Associação Médica Americana, o relatório final coloca (FISH BEIM, 1947):

“There is special need that the medical profession develop some method by which great possibilities of modern medicine in the way of diagnosis, treatment and prevention of diseases, may be brought within the reach of all people. This function, it is

believed, should be performed by the medical profession and not through any form of State Medicine”.

BOYD (1936) retoma a mesma idéia, advertindo:

“The medical profession can must play and important role in the field of preventive medicine and public health. At present physicians are neglecting their opportunities. If this neglect continues the opportunities will losen and the field be taken away from physicians by a changing public sentiment”.

O mesmo tom de advertência é utilizado pela Academia de Medicina de Nova York, que conclui sobre a participação o médico nas mudanças:

“He must remain in command” (1942).

TOBEY (1942), discutindo o âmbito da Medicina Preventiva, define a natureza do projeto:

“This is not state or socialized medicine, but private medical practice so organized as to be of maximum to the practitioner himself and to the public by him and by the State”.

As colocações destes autores introduzem um novo elemento, ou seja, um enfrentamento entre o grupo médico, em sua organização privada e o Estado, sendo a Medicina Preventiva uma proposição de conciliação, pela ocupação pelo grupo médico do espaço marginal entre a medicina clínica e a saúde pública. Para a verificação desta nova dimensão, devemos estudar os elementos (ou fatos) extra-discursivos durante este período.

O desenvolvimento, no século passado, da política liberal no *laissez-faire*, cimentou o desenvolvimento da economia capitalista e o surgimento de uma série de problemas que escapavam da iniciativa privada e exigiram respostas de outros níveis, principalmente do Estado, que muda as suas características. A situação do século passado foi brilhantemente parodiada por Dickens que dizia “cada um por si e Deus por todos, como dizia o elefante dançando no meio das galinhas” (BROWN,1968).

Os Estados Unidos, no intervalo entre 1870 e 1913, já ultrapassavam a Grã-Bretanha como potência industrial, tendo subido sua participação na produção

mundial de 23% para 36%, enquanto a segunda caía de 32% para 14%. Terminada a 1ª Guerra Mundial, durante o período de 1926-1929, os Estados Unidos respondiam por 42,2 % da produção mundial passando a exercer uma hegemonia política na economia do mundo ocidental.

Porém, em junho de 1929, inicia-se o período da chamada Grande Depressão que rompe com a ascensão do otimismo resultante dos períodos anteriores, caindo em um fenômeno de saturação dos campos de investimento, de superprodução que acabava em uma crise de realização de mais valia.

ELLSWORTH (1968) assim descreve o quadro geral:

“O declínio da atividade foi rápido, especialmente depois do abalo de confiança, provocado pelo Colapso da Bolsa de Valores. Com apenas breves interrupções, o investimento, a produção industrial, o emprego e a renda nacional mergulhavam verticalmente em três anos desastrosos. O investimento, chave da atividade industrial diminuiu virtualmente. Em termos reais, o produto bruto nacional encolheu de um terço a preços correntes, em cerca da metade”.

É durante este período e na sua seqüência que se inicia nos Estados Unidos a discussão da atenção médica (BYRD, 1965). Assim, em 1927 inicia-se investigação sobre o custo da atenção médica sendo publicado seus dados em 1932, conclui-se que o custo do serviço médico era muito superior a que grande parte da população podia pagar, propondo, portanto a ampliação dos serviços de saúde pública, o desenvolvimento de consultas de coordenação para a melhor distribuição de recursos, o controle dos custos através de organização de recursos, e controle dos custos através de organizações comunitárias, etc.

Em 1935-36, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos publica outra investigação baseada em entrevistas em 700.000 domicílios e opiniões e recomendações de 2.100 dirigentes de medicina norte-americana. Concluía que era necessário uma revisão da atenção médica, dado que haviam mudado as condições sócio-econômicas.

Em 1938 reúne-se uma Conferência Nacional de Saúde em Washington, que defendeu a tese de um programa geral de atenção médica que reduzisse os outros

excessivos pra os indivíduos, bem como a expansão dos serviços de saúde pública, atenção materno-infantil, recursos hospitalares e seguro-desemprego.

Em 1939, não é aprovada a lei Wagner, que propunha a expansão das atividades federais e estaduais nos assuntos de saúde. Em 1944, a Associação Americana de Saúde Pública publica declaração oficial que defendia a idéia de um sistema nacional de serviços para toda a população, assim como um programa de seguro social e de impostos para financiá-lo.

A associação Americana, durante o mesmo período, colocou-se contra o seguro obrigatório de saúde, colocando em dúvida as estatísticas sobre o custo da atenção médica, baseando-se, por sua vez, em estudos como o do Instituto Brookings de 1948, que afirmava que a grande maioria das famílias americanas contavam com recursos para financiar sua atenção médica.

O President Truman, em 1945, apresentou um informe ao Congresso sobre um Programa Nacional de Saúde de cinco pontos: 1º) Construção de hospitais e outros recursos necessários; 2º) expansão dos serviços de saúde pública, e atenção materno-infantil; 3º) reforço da educação médica e investigação de saúde; 4º) seguros obrigatórios para a atenção médica; 5º) indenização aos trabalhadores que perderam dias por doenças ou invalidez.

Como aconteceu com a Lei Wagner, da qual a proposta de Truman era uma modificação, este projeto não foi aprovado em sua totalidade, restando somente o financiamento para construção dos hospitais e de investigações.

Portanto, durante estas duas décadas, assistimos a um antagonismo entre a organização do grupo médico e a redefinição do papel do Estado. O grupo médico, exercendo o seu papel político, em aliança com outros grupos ou setores sociais e econômicos, bloqueiam todas as tentativas de intervenção do Estado que redundassem em uma perda de sua autonomia econômica. Por outro lado, o Estado começa a manifestar-se não somente através de projetos de lei mas fundamentalmente através de grupos racionalizadores ligados ao setor de Saúde Pública que reivindicam o controle central da atenção médica.

Porém ao contrário do sucedido em outros países, como na Inglaterra, em que este movimento levou à criação de um Serviço Nacional de Saúde em 1946, nos Estados Unidos as alianças de classe realizadas pelos grupos médicos mantiveram seus direitos contra a intervenção estatal.

3. A REDEFINIÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

O COMITTEE ON UNDERGRADUATE MEDICAL EDUCATION OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1950) elaborou uma declaração sobre objeto da Educação Médica que, juntamente com o documento do EXECUTIVE COUNCIL OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (1953) sobre “The objectives of Undergraduate Medical Education”, Eighth Revision, serviram de base a conferência de COLORADO SPRING (1953^{a,b})

O primeiro documento introduz algumas idéias básicas:

1º) Um conceito compreensivo do homem, que inclui “a análise do homem, do seu comportamento e seu ambiente; nele se incluem a gênese, o crescimento e a maturidade, a natureza e os efeitos de impactos de origens variadas: trauma físico, doenças infecciosas, a idade, bem como impactos por forças emocionais, necessidades, desgostos e influências dos costumes sociais”.

Desta idéia decorre a introdução dos conceitos:

- a) de saúde, que possibilitaria a compreensão da história de vida do homem entendida como um processo.
- b) de ecologia, já que tanto a doença como a saúde se dão em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente no qual se acha incluído o social.

2º) A definição de um espaço de responsabilidades do médico, que incluem:

- a) a compreensão da sua própria personalidade e influência entre o paciente;
- b) uma consciência da importância da família e da comunidade no cuidado ao paciente;
- c) a compreensão das suas limitações e das relações que deve manter com as especialidades.

3º) Uma visão da evolução histórica da medicina, que caminharia no sentido de uma nova forma da prática médica, superior e ideal:

“Não deve o médico se manter alheio à evolução dos conceitos de sua própria profissão... almejando sempre que possível, evoluir, da medicina terapêutica à medicina preventiva”.

No documento da ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (1953), os objetivos da educação médica ganham uma nova forma, ao serem especificados segundo aqueles setores que no processo educativo devem ajudar os estudantes a “acquire basic professional knowledge, establish essential habits; attain clinical and social skills necessary to the best utilization of that knowledge; and develop those basic intellectual attitudes and ethical or moral principles which are essential if he is to the respect of those with whom he works and the support of the community in which he lives”.

Neste documento, além de introduzir-se um tipo de pensamento classificatório e organizador dos objetivos educacionais ele discrimina os objetivos que não devem ser considerados em nível de graduação como:

- “- Attempting to provide a detailed presentation of all disorders that affect the human being.
- Attempting to teach the techniques required for the successful practice of the various specialities.
- Attempting to provide the detailed systematic knowledge of anatomy, biochemistry, physiology, pathology or pharmacology required of graduate students majoring in one of these fields.
- Attempting to provide a detailed presentation of all the physical, chemical, and biological agents, hereditary factors, psychological factors, living habits and social forces that may affect the human being favorably or unfavorably”.

Finalmente, introduz uma nova noção que é a do trabalho em equipe, a produção de um discurso grupal olha para a continuação de uma prática grupal, assim a educação médica deve ajudar o estudante a adquirir habilidades básicas:

- “- In working in the medical team of physicians, nurses, social workers, physical therapists and others.
- In working in the community team of official and voluntary institutions and agencies providing health services”.

Começa assim a delinear-se uma nova forma de discurso médico que recoloca os conceitos de saúde e doença dentro de uma perspectiva ecológica, amplia e

define a responsabilidade médica em termos de estabelecer novas relações de trabalho, que se acham inscritos em uma evolução histórica da medicina, na procura incessante da realização de seus maiores objetivos.

O Seminário de COLORADO SPRING (1953^a) inicia por uma definição das novas responsabilidades e oportunidades da prática médica, ou seja, do próprio médico, estabelecendo quais as determinações desta nova configuração da medicina.

Denominando relações discursivas aquelas estabelecidas dentro do próprio discurso, para especificar e determinar o seu objeto, encontramos:

1º) Aquelas relações que são estabelecidas entre a ciência e a sociedade.

- the wiping out old-time plagues and pestilences making possible tremendous increases in urban living.
- the discovery and application of measures to master such scourges as typhoid fever and dipthera bringing startling changes in man`s life expectancy”.

Os avanços dos conhecimentos médicos, ao criarem uma espiral de saúde tornam a população mais produtiva economicamente e isto propicia:

“... and by virtue of that fact, in turn, though better nutrition housing, education, medical care and scientific research attaining yet higher levels of healthfulness”.

Pensamento circular a partir de um ponto no qual a homogeneidade das categorias (biológicas, econômicas, sociais, etc.) faz com que, a partir de qualquer lugar se mova a roda do processo social, em um movimento ascendente de espiral.

Esta é a representação, que se transforma em paradigma no Ciclo Econômico de Saúde e da Doença de WINSLOW (1952):

“Era claro... que a pobreza e a doença formavam um círculo vicioso. Homem e mulheres eram doentes porque eram pobres; tornaram-se mais pobres porque eram doentes e mais doentes porque eram pobres”.

Neste sentido, este círculo vicioso em espiral, em que as variáveis são simultaneamente causa e efeito, assumindo em cada volta novos valores, o sentido da

espiral pode ser ascendente na medida em que maiores salários levam a melhor alimentação, educação e moradia, que finalmente levariam a melhor saúde e iniciaria um novo ciclo. Tal sentido seria o do progresso e do desenvolvimento econômico, enquanto o outro com valores negativos, seria o círculo vicioso da pobreza, ignorância e doença, que levaria e manteria e subdesenvolvimento.

Dentro dessa segunda linha, refere-se NURSKE (1953):

“O conceito (círculo vicioso da pobreza) envolve, naturalmente, uma constelação circular de forças, que tendem a agir e a reagir interdependentemente, de sorte a manter um país pobre em estado de pobreza. Não é difícil encontrar exemplos típicos dessas constelações circulares. Assim, um homem pobre talvez não tenha o bastante para comer; sendo subnutrido, sua saúde será fraca, sendo fraco, sua capacidade de trabalho será baixa, o que significa que será pobre, o que por sua vez, implica dizer que não terá o suficiente para comer; e assim por diante. Uma situação dessas aplicada a todo um país, pode reduzir-se a uma proposição truística: ‘um país é pobre porque é pobre’ ”.

Quais as idéias (ou os conceitos) que estão envolvidos em tal idéia de causação, que aparece como relação reflexiva permeando o discurso preventivista e que excede em amplitude, já que, será encontrado na economia, na educação e na agricultura.

Em primeiro lugar, a noção de identidade das categorias, que operam em círculo. Assim, as variáveis ligadas à produção possuem o mesmo peso causativo que aquelas ligadas a processos biológicos, como “maior energia e capacidade”, saúde e doença, idênticas àqueles ligadas aos fenômenos de moradia, educação e nutrição, como também iguais àquelas dependentes de uma política estatal, como inversões em saneamento, prevenção e assistência.

Esta noção de ausência hierárquica das determinações, leva a uma estratégia punctual de cada disciplina, em que será possível mover a espiral ascendente, a partir da saúde, como a partir do aumento da produtividade, ou da educação, alimentação e moradia..

Em segundo lugar, ao assumir a identidade das categorias, o que se está negando é a própria idéia de determinação, como ao mesmo tempo está afirmando a

especificidade da pobreza que deve na riqueza encontrar seu modelo de espiral ascendente.

Repete-se o paradigma do desenvolvimento-subdesenvolvimento, em que o primeiro se constitui em modelo e meta para o segundo, e este uma fase histórica ultrapassada pelo desenvolvimento.

E finalmente, a causalidade circular determina a articulação ideológica no interior de cada disciplina, pois, ao relacionar o seu objeto como causa e efeito das condições de vida das populações, abre a possibilidade de um discurso ideológico que do seu próprio interior se oferece como projeto e alternativa para aquelas condições de vida.

Articulação do conhecimento com o saber em um círculo de causalidade, que no seu movimento simultaneamente articulando e independente cobre de representação as contradições e determinações estruturais.

2º) Emergindo da circularidade, novos problemas apresentam-se, exigindo soluções da ciência em sua relação com a sociedade, assim:

“New hazards to community family and personal health appear as byproducts of curs technological advances. As the menace of communicable and acute disease is lessened, the problem of chronic disease grows more formidable, creating changed demands on doctors, hospitals, families and community welfare services. As the population has an increasingly large proportion of older people, degeneratives disease comes to the forefront. As mental illness increases, its victims new occupying half our hospitals beds...”.

Ainda:

“of greatest importance has been change in people’s attitud towards sickness and health... Today most people in the United States regard an opportunity of health as they do an opportunity for education, a basic privilege of all citizens”.

Resultando:

“a growing awareness by medical schools of the need to re-examine their teaching, so as to provide a setting where

students can better learn the habits of thinking and action which help them to become effective physicians in the changed scene...”

Emergência da circularidade que mergulha sobre si mesma, como se a cada avanço da espiral correspondesse uma circular paralela, em que os fatores positivos tornam-se negativos gerando novas respostas das instituições e das ciências, na linearidade das suas relações com a sociedade.

É o mesmo conhecimento, dentro da mesma estrutura social e com a mesma medicina que através de um novo ator, solucionará os novos problemas, através da determinação de novas relações sociais para este ator e de uma nova ideologia.

Assim, a mudança refere-se muito mais ao estabelecimento de novas relações sociais entre médico-paciente, família, comunidade, outros profissionais e instituições, assumindo que estas relações são determinadas por uma “atitude”. Posição basicamente antropológica, em que o homem, livre das determinações, instaura novas relações sociais; em que atitudes educacionalmente formadas transformam as relações sociais existentes e que em última instância coloca uma outra forma mais geral de causalidade para as relações sociais, em que estas são determinadas pelos homens e por cada um em particular. Posição cientificista quando assume que a criação de um “paradigma” transforma e determina novas relações sociais.

Neste ponto é que o conhecimento articula-se ideologicamente com o saber. O ponto de contato do conhecimento científico com a realidade através da sua possibilidade de intervenção se faz sobre a criação de uma nova visão de mundo, redefinindo-se os contornos de uma profissão que possui como caráter básico uma idéia de projeto-alternativa-interno a sua área profissional.

Desta maneira, as relações discursivas estabelecidas, que possibilitaram a emergência deste discurso, referem-se a um campo de causalidade. O primeiro que estabelece relações entre as categorias do fenômeno saúde-doença com categorias sócio-econômicas em um mesmo plano de essências, mecanismo de analogia sobre as categorias, que opera no sentido inverso do conceito de analogia da medicina das espécies, em que a analogia é simultaneamente uma lei de causação já que aqui, assumindo a causação, as categorias se equiparam.

O segundo, que parte de um privilegiamento antropológico sobre as mudanças sociais, desprezando todo o conhecimento científico da sociedade que

provocou um descentramento de sujeito para privilegiar na análise, as estruturas, portanto um mecanismo de centralização antropológica.

Desta maneira o discurso sobre a Educação Médica abre um novo jogo de espacializações:

1º.) Espacialização primária: em que se coloca a saúde e a doença em relação com um dado ambiente que inclui o social, que se coloca em relação linear entre ciência e sociedade, que se estabelece uma causalidade circular acumulativa entre fenômenos sociais e fenômenos mórbidos.

2º.) Espacialização secundária: em que para a compreensão desta nova totalidade ecológica e para a sua solução, amplia-se a roda de relações sociais de médico que ultrapassando o paciente chega-se à família, à comunidade e preparando-se o campo para uma transformação da educação médica.

3º.) Espacialização terciária: em que, se considera os gestos pelos quais se instaura a produção, a delimitação e a estratégia para a formação deste novo profissional.

É sobre este campo complexo, herdeiro da higiene, instrumento e agente destas espacializações, que surge a Medicina Preventiva.

Os documentos da conferência de COLORADO SPRING (1955^a), apresentavam-se sob a forma de relatórios, e em resposta a quesitos previamente formulados pela comissão organizadora, que no caso tratava-se da Associação Americana de Colégios Médicos, como por exemplo:

“– What concepts, values and areas of interest from the field of preventive medicine should be common to all physicians?”

- What knowledge, skills, methods and techniques should all physicians be competent to apply in order to be effective in the field of preventive medicine?”

Assim, a pergunta que nos formulamos é qual o processo de produção deste discurso, ou seja, qual foi a forma de trabalho que permitiu que houvesse a enunciação?

O procedimento de trabalho coletivo repete-se em outros encontros. Os seminários sobre Ensino da Medicina Preventiva patrocinados pela Organização

Panamericana de Saúde em Viña del Mar e Tehuacán, respectivamente em 1955 e 1966, reúnem um grupo de especialistas que devem responder a perguntas dentro de um temário, assim por exemplo:

“ Cúales son los objetivos de la enseñanza de la medicina?

Qué propósitos persigue la enseñanza de la medicina preventiva?

Cúales son las funciones de la cátedra de medicina preventiva?”

Desta forma, um grupo de pessoas é reunido durante um tempo determinado, vindo dos mais diferentes lugares, para a produção de um trabalho coletivo, mas não é um trabalho aberto a todas as possibilidades de pensar, antes de tudo é estruturado e estruturalizante.

Estruturado, na medida em que é um grupo determinado que responde a determinadas perguntas, ou seja, o enunciado que questiona define um leque de respostas possíveis. Não se coloca em discussão a natureza e a eficácia da Medicina Preventiva como resposta, alternativa ou solução de uma nova problemática, mas antes afirma-se:

“Our conference tried to formulate the aims and methods of teaching preventive medicine in the light of what seems likely to be expected of physicians in the future, and thus in the light of evolving objectives of medical education today”.

Estruturalizante, quando o discurso, produto de um trabalho grupal, é metamorfoseado em Informe, Recomendação e cuja autoria é confundida com a própria organização patrocinadora. Não é mais a opinião de conceituados especialistas, a experiência pessoal combinada em um trabalho, nem o sujeito perante o discurso, mas sim a fala da instituição que se espraia na internacionalidade.

Se o discurso, a fala, se transforma em informe, o sujeito é transformado em participante ou expert. Se a proposta de análise arqueológica é a subtração do autor para deixar livre as regras do discurso, submetidas a uma “episteme”, é na formação discursiva em que o processo de produção são os relatórios, pareceres e informes, que cristaliza-se plenamente a arqueologia.

Porém na realidade, não são as regras do discurso operando em plena liberdade, há antes um novo conjunto de relações sociais que se estabelecem:

1º.) As relações internacionais estabelecidas na pós-guerra, em que se reforçam organismos mediadores e fortalecem-se organismos técnicos. Assim o surgimento da Organização Mundial da Saúde em 1946 englobando as organizações já existentes como a Organização Sanitária Pan-Americana criada em 1902.

Porém, é exatamente no contexto destas novas relações internacionais que vai gerar-se o conceito de sub-desenvolvimento que designando de uma forma nova uma realidade antiga e que tendo surgido no seio destes organismos internacionais vai originar toda uma estratégia de ação (BETTELHEIM, 1965), baseado nesta teoria. Isto decorreu de uma nova forma de divisão de poder internacional após a Segunda Grande Guerra, em que as super-potências fazem um acordo que se formalizou na carta das Nações Unidas que estabelece “um método de ação diplomática, o qual não assegura que as pretensões das grandes potências sigam compatíveis em sua substância (FURTADO, 1968)

Duas teorias decorrem no plano imediato deste equilíbrio do poder, a Teoria da Contenção que se objetivou na guerra fria e a Teoria do Sub-Desenvolvimento que se objetivou em novas formas de auxílio internacional dentro das chamadas “áreas de influência”.

2º.) Diante deste quadro, modifica-se o posicionamento de determinados grupos de intelectuais que são absorvidos nestas novas relações, em que a “experiência própria” em processos de mudança os transforma em experts, para assumirem a posição de sujeitos de um novo discurso que é simultaneamente uma Recomendação e uma Norma.

Mas, em síntese, qual foi o campo discursivo aberto? A Higiene, na ascensão da burguesia, ocupou um lugar na sociedade civil, enquanto sistema de normas que controlavam a saúde individual, e um lugar no Estado, enquanto normas coletivas de vida, portanto é no particular que ela exerce o seu domínio associado à medicina com seu duplo discurso de auto-afirmação ideológica e de saber (como articulação entre a ciência e a ideologia). Porém a higiene como prática dirigia-se a todos os indivíduos e não comportava uma legitimação abrangente de profissionais da saúde, já que o correto seria a formação de uma cultura higiênica universal. Portanto, por um lado a Higiene é absorvida pelo Estado de Saúde Pública e, pelo outro, ela cria um espaço a ser preenchido por uma legitimação profissional.

O enfrentamento nas décadas dos 30 e 40 nos Estados Unidos é confronto entre o Estado e um setor da sociedade civil. O primeiro, dentro de sua autonomia relativa diante dos problemas econômicos e sociais surgidos com a depressão, propõe um esquema racionalizador da atenção médica que, em última análise, nada mais é do que a racionalidade ampliada do capital, mas que no plano imediato entra em conflito com o grupo hegemônico no poder.

Assim, o controle da medicina aparece como o controle da própria sociedade civil pelo Estado, reagindo portanto através de sua instância política específica e cerceando as propostas de intervenção. Tendo a medicina, através de sua ligação com os grupos hegemônicos, exercido o controle político do Estado, é ao nível de sociedade civil que devem surgir as respostas aos novos problemas médico-sociais:

1º.) Preenchendo o vazio deixado pela higiene no plano individual através da definição de novas responsabilidades do médico diante da saúde e da prevenção, ou seja, a cultura higiênica é incorporada à profissão médica.

2º.) Definindo o caráter universal dos médicos ao lhes atribuir uma responsabilidade social diante das famílias e da comunidade.

3º.) Mantendo o caráter liberal da profissão, ou seja, mantendo-a no âmbito da sociedade civil.

4º.) Definindo um lugar, onde se processará esta mudança, ou seja, a educação médica e especificamente a Medicina Preventiva

Desta forma, a positividade da formação discursiva emergente possui um efeito de raridade ao delimitar dentro do universo dos discursos possíveis sobre a atenção e a educação médica, aqueles que seriam possíveis, ou seja, aqueles que mantivessem a aderência com os princípios de organização da sociedade civil em uma dada formação social capitalista, mantendo a autonomia profissional, a não intervenção do Estado, a responsabilidade de cada indivíduo diante do coletivo, a evolução histórica-natural da instituição médica, o privilégio e o monopólio do conhecimento, etc. Esta raridade é que permite identificar o discurso preventivista como uma totalidade que unifica o conjunto dos enunciados dispersos.

Em segundo lugar, possui um efeito de exterioridade na medida em que especifica um lugar de onde deve ser enunciado o discurso, assim a institucionalização deste espaço dentro da educação médica denominado Departamento de Medicina Preventiva, ou de Medicina Social, correspondendo a um domínio prático que é simultaneamente autônomo e dependente. E finalmente, possui um efeito de acúmulo

que provoca uma aditividade entre os conhecimentos da Higiene e da Medicina reorganizados segundo novas relações em forma de paradigmas (recorrência) que investem-se em suportes técnicos-materiais, como as condutas preventivistas (ressonância).

4. DESENVOLVIMENTO PERIFÉRICO

A Medicina Preventiva é uma nova atitude incorporada à prática médica e esta atitude deve ser desenvolvida durante o processo de formação do médico através de meios e pessoal específico. Assim, este movimento encontra seu lugar natural dentro das escolas médicas onde profere seu discurso para a mudança, enfrentando a longa luta de preparar novos médicos com a nova atitude preventivista que possa mudar o atual panorama da atenção médica.

Tendo definido que a mudança de ensino médico representava a estratégia fundamental para o desenvolvimento de uma atitude preventivista se realiza uma série de encontros e conferências internacionais com o objetivo de desenvolver esta área dentro das escolas médicas; tais sejam, as reuniões do Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde sobre Educação Profissional e Técnica de Pessoal Médico e Auxiliar em 1950 e 1952; as conferências sobre o Ensino de Medicina Preventiva de Colorado Spring (Estados Unidos) para o Canadá, Jamaica e Estados Unidos, em novembro de 1952, e de Nancy (França) para os países europeus, em dezembro deste mesmo ano; a Primeira Conferência Mundial sobre Ensino Médico em Londres, em 1950, o Primeiro Congresso Panamericano de Educação Médica.

Todos estes encontros levaram a que a ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (1956) iniciasse a preparação de um Seminário que foi básico para a implantação do ensino de Medicina Preventiva na América Latina e que serviu de marco teórico para este movimento, o Seminário de Vina del Mar e Tehuacan. A primeira parte do Seminário realizou-se em outubro de 1955, no Chile, com participação de 58 Diretores e Professores de Medicina Preventiva de Escolas Médicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

A segunda parte do Seminário realizou-se em Tehuacan, no México, em abril de 1956, e dela participaram representantes de Escolas de Medicina da Bolívia, Colômbia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Porto Rico, República Dominicana e Suriname.

Aos participantes foi colocado um temário, composto de perguntas que deveriam ser respondidas pelos grupos de trabalho, de forma tal que constituíssem as resoluções do Seminário. O temário proposto foi:

- 1- Programas e Métodos de Ensino de Medicina Preventiva.
- 2- Organização do Departamento de Medicina Preventiva. A formação e as funções do pessoal docente.
- 3- Relações com outros departamentos da Escola Médica.
- 4- Papel do Departamento de Medicina Preventiva nas atividades dos Serviços de Saúde Pública e vice-versa.

As conclusões básicas deste Seminário acham-se sistematizadas no Quadro 1 e por elas podemos verificar que os Departamentos de Medicina Preventiva, para alcançarem seus objetivos, deveriam promover uma mudança ao nível da escola médica, promovendo um sistema de integração curricular aliado também a uma mudança de docentes e, ainda, deveriam inaugurar um novo sistema de relações com os órgãos de saúde, oficiais ou não, e o ambiente acadêmico. Todo este conjunto complexo de transformações deveria produzir um novo tipo de médico que, por suas características, promoveria uma mudança na qualidade da atenção médica e, por conseguinte, uma melhoria das condições de saúde das populações.

Tais seminários desdobram-se posteriormente em Seminários Nacionais (ASSOCIATION COLOMBIANA DE FACULDADES DE MEDICINA, 1955; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1969; ASOCIACION VENEZOLANA DE FACULDADES (ESCUELAS) DE MEDICINA, 1967; ASOCIACION DE FACULDADES EQUATORIANAS DE MEDICINA, 1971; ASOCIACION PERUANA DE FACULDADES DE MEDICINA, 1974; CONGRESSO NACIONAL DE PROGRESSORES DE HIGIENE E MEDICINA PREVENTIVA, 1956), publicações sobre experiências, programações e projetos departamentais (SCORZELLI, 1966; 1973; DEPARTAMENTO DE SALUD PARA LA COMUNIDAD, 1971; MASCARENHAS et alii, 1962, 1963; PANTOJA e THOMMAS, 1973; RENJIFO, 1959; DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, 1974; SITUAÇÃO DA MEDICINA PREVENTIVA NA BAHIA, 1970; CARDOSO, 1966; CARVALHO, 1966. ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA, 1969; 1970^A; 1970b; 1970c; 1970d; 1970e; 1970f), relatórios de visitas a programas (RICO, 1965; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANADA SAÚDE, 1963; PELLEGRINI, 1974), novos livros (BASTOS,

1969; SAN MARTIN, 1968; FERRARA et alii, 1972; SONIS, 1971; RIZZI, 1973; RODRIGUES, 1967; KLOETZEL, 1973; GERNEZ-RIEUX, 1971), discussões conceituais (EVANG, 1971; JANINI, 1972; TOBAR ACOSTA e TOBAR, 1974), publicações de revistas sobre o assunto e relatos de experiências de atividades privadas (CLIMEP, 1969).

A Medicina Preventiva assume assim a forma de um movimento social, que a partir dos Seminários e Congressos espalha-se em uma rede, em uma dinâmica de influências, de despertar e reforçar consciências.

Assim refere-se FREITAS (1963):

“A convicção que o autor tinha a respeito da maneira como deveria ser focalizado o ensino da Higiene e Medicina Preventiva se fortaleceu através de duas oportunidades: a primeira, a visita a departamentos de Medicina Preventiva nos Estados Unidos da América do Norte e em Porto Rico tornada possível graças a um ‘travel Grant’ que lhe foi oferecido pela Fundação Rockefeller. A segunda o 1º Seminário sobre Ensino da Medicina Preventiva celebrado em Viña del Mar”.

LESER (1970), abrindo o I Encontro de Escolas Médicas, discutindo o conceito de Medicina Preventiva:

“Eu acredito que um marco que ficará na História do nosso Ensino Médico será o seminário que foi realizado em Viña del Mar – no Chile, sob os auspícios da Organização Panamericana de Saúde; reunindo representantes de escolas médicas de um grande número de países do continente. E no caso do Brasil, representantes de quase todas as escolas médicas que na época existiam... Para algumas escolas isto foi mais um documento de recomendações não cumpridas, para outras, sentiram que tinham lá um grande compromisso...”

MASCARENHAS (1954), analisando os problemas de Saúde Pública no Estado de São Paulo, afirma que não existem limites nítidos entre a Medicina Preventiva, e a Curativa, para informar que:

“... existe em muitos países modernos um movimento visando o ensino da Medicina Preventiva aos alunos do primeiro ao sexto ano das Faculdades de Medicina. Estes futuros médicos melhor dotados de conhecimentos da Medicina Pública, não apenas cuidarão dos problemas individuais mas também atenderão à repercussão destes na sociedade”.

A expectativa de Saúde Pública desta colaboração com Medicina Privada, que se desenvolvia a partir da Medicina Preventiva, já era a esperança de PAULA SOUZA (1950) prefaciando livro texto sobre o assunto:

“sua colaboração (do médico) com as autoridades sanitárias pode ser eficiente e valiosa, desde que esteja ele imbuído da orientação correta traçada pela Medicina Preventiva”.

A Organização Panamericana da Saúde (1969) reuniu em Washington, em novembro de 1968, um Comitê de Especialistas para elaborar um Informe sobre o Ensino de Medicina Preventiva e Social nas Escolas de Medicina da América Latina que formulou objetivos para o ensino de Medicina Preventiva em termos de conhecimento, atitudes e habilidades para o futuro médico.

“1- Conhecimento e compreensão de:

- a) Métodos para o estudo do nível de saúde coletivo;
- b) Fatores ambientais, econômicos e sócio-culturais que modificam a saúde;
- c) Determinantes da conduta em estado de saúde ou enfermidade;
- d) Mecanismos para promover a saúde e prevenir as enfermidades;
- e) Diversos sistemas de cuidado da saúde individual e coletivo, com ênfase nos programas e serviços do país respectivo;
- f) Aplicação do método científico ao estudo dos problemas e organizações de saúde em função da realidade nacional;
- g) Situação Sanitária-Assistencial do país e sua interrelação com o desenvolvimento sócio-cultural e econômico.

2 – Incorporação dos seguintes valores e atitudes a sua maneira de pensar e atuar:

- a) Atitude preventiva – Qualquer que seja a sua especialidade ou posição, o médico, em exercício, deve estar atento às oportunidades para promover a saúde e prevenir a doença no indivíduo e na coletividade;
- b) Atitude epidemiológica – Sentido prioridade do “coletivo”. Ao tomar suas decisões o médico deve ter em conta sempre a interrelação do indivíduo com seu ambiente e o caráter multifatorial dos fenômenos vivos;
- c) Atitude social – Insatisfação com as condições de vida da maioria da população, e interesse na sua melhoria; o médico atua sempre como parte de um sistema assistencial, a serviço do indivíduo e da coletividade e suas ações devem adaptar-se a estas circunstâncias;
- d) Atitude educativa e de equipe – O trabalho do médico é sempre mais eficiente quando nele colaboram os demais integrantes da equipe de saúde e quando se estabelece uma boa relação médico-paciente.

3- Aquisição de habilidades e destrezas para:

- a) Medir o nível de saúde e levar em conta os fatores sócio-culturais e ambientais de qualquer mudança na saúde individual e coletiva;
- b) Aplicar as diversas medidas de fomento da saúde, de prevenção secundária e reabilitação, inclusive técnicas de comunicação e educação individual e de grupo;
- c) Cumprir o papel que corresponde ao médico como parte da equipe de saúde dentro da organização assistencial do país;
- d) Conseguir o máximo de eficiência ao menor custo na prestação de serviços médicos”.

O Comitê reconheceu que o ensino deve ser composto, segundo seu conteúdo programático, em duas grandes áreas:

1 – O ensino dos princípios e técnicas básicas requeridas para a formação do estudante em Medicina Preventiva:

- a) Medicina quantitativa;
- b) Epidemiologia;
- c) Controle do ambiente;
- d) Ciência da conduta;
- e) Princípios de Organização e Administração.

2 – A aprendizagem e a prática de suas responsabilidades preventivas como futuro médico, frente ao indivíduo e à comunidade.

Em relação ao início e duração do ensino, o Comitê recomendou que “...deveriam ser ministrados durante todo o plano de estudos a fim de cumprir os objetivos formativos desta disciplina”.

A comparação dos Seminários de Viña del Mar e Tehuacan com o Comitê de Especialistas em Medicina Preventiva possibilita uma avaliação da evolução do desenvolvimento da Medicina Preventiva na América Latina.

GARCIA (1972), em investigação realizadas em 1968 sobre a Educação Médica na América Latina, verificou que Medicina quantitativa Epidemiologia, Ciências da conduta, Organização e administração dos serviços de saúde medidas preventivas constituem o núcleo fundamental do que hoje se entende por Medicina Preventiva. Como se verifica na Tabela 2, 70% das Escolas Latino-Americanas ensinam estas cinco áreas.

O autor analisa 30 escolas que não ensinam as cinco áreas e constrói uma escala de tal forma que em um extremo tivéssemos aquelas que só ensinam medidas preventivas e no outro aquelas que ensinam quatro das áreas. A análise fornece uma história da introdução das várias disciplinas pelos departamentos. Assim, tivemos:

“a) o conhecimento inicial ministrado foi o de medidas preventivas nos tópicos de higiene pessoal e saneamento ambiental;

b) a este se acrescentou a epidemiologia, que permite aprofundar o conhecimento da enfermidade e justificar ou descobrir novos meios de controle;

c) a medicina quantitativa surgiu como uma necessidade para investigação epidemiológica e para o diagnóstico da situação de saúde a nível coletivo;

d) a introdução de organização de serviços e ciências da conduta marcou uma ruptura com o processo anterior. Conhecia a enfermidade em sua distribuição, alguns de seus determinantes e as medidas de controle, surgiu a necessidade de tornar mais eficiente a ação médica e, com tal fim, se incorporou a administração e, em uma etapa posterior, as ciências sociais, que tentam esclarecer porque certas medidas conhecidas como efetivas não se aplicam e porque quando se aplicam não produzem os resultados”.

Esta investigação fornece-nos outros dados interessantes sobre o ensino de Medicina Preventiva na América Latina:

1- Os centros que mais influenciaram a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva foram, em primeiro lugar, as escolas médicas norte-americanas e entre estas a de Cornell e a Western Reserve.

2- A média de horas de aula (de Medicina Preventiva) por aluno nas escolas com curso médico completo é de 205 horas (desvio padrão de 143).

3- Das escolas investigadas 45% possuíam programas extramurais tendo como objetivo fundamental a mudança de atitude do estudante em contato com a realidade.

4- O autor investigou em seis escolas a opinião de estudantes de medicina sobre o ensino de Medicina Preventiva, verificando que grande maioria de estudantes "... na Medicina Preventiva uma ferramenta útil para o exercício profissional" e que "... sentiram-se satisfeitos se tivessem que dedicar, na prática médica, mais tempo às medidas preventivas que às curativas".

Este último achado contraria a opinião de diversos autores sobre a posição dos estudantes em relação à Medicina Preventiva. O autor levanta a hipótese de que poderia estar ocorrendo uma mudança na imagem que o estudante tem do profissional ao ingressar na Faculdade, pois já estaria "... incluindo as ações preventivas entre as funções do médico". Uma outra hipótese que se coloca é que o instrumento de investigação utilizado (questionário) não se presta a este tipo de problema, já que o estudante poderia ser induzido a responder de uma forma ideal e não expressar seu comportamento real diante da disciplina. Esta hipótese é reforçada pelo fato de que a Medicina Preventiva como movimento ideológico, ao definir seus objetivos em termos de humanismo, bem-estar da comunidade e medicina integral, automaticamente coloca aquelas pessoas que estão contra ela, contra estes objetos. Este fato poderia ter induzido os estudantes a ressaltar a sua importância mesmo quando na realidade consideram secundária.

Procuramos demonstrar, nos capítulos anteriores, que a Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem contudo procurar ser um movimento político que realmente transformasse esta prática. Desta forma, o seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde.

Fato fundamental desta leitura é que, sendo basicamente um acontecimento supra-estrutural, ela vem marcada pelas características mais gerais da instância ideológica. Assim, a Medicina Preventiva apresenta-se como sendo natural na

medida em que representa uma evolução intrínseca da própria medicina, regida por suas leis internas e universal, quando generaliza esta alternativa como solução para os problemas da medicina em qualquer formação social, transformando-se, portanto, em uma solução que ultrapasse os limites de sua origem para tornar-se internacional.

Em nosso quadro teórico, estabelecemos as relações que o discurso mantém com uma dada formação social, através da noção de organicidade. Ao distribuir-se em um novo espaço social, qual seja, o da América Latina, a partir de um centro hegemônico, automaticamente, o discurso preventivista situa-se em um novo campo de relações: o da Dependência.

Entendemos que é na dinâmica das classes sociais com seus intelectuais orgânicos, envolvidos em uma episteme, que se especificam as regras da formação. Assim, em relação à formação dos objetos, as superfícies de emergência da Medicina Preventiva, vão aparecer no interior das associações médicas, em sua luta contra a intervenção estatal. Em encontro realizado em Boston em 1920, o relatório final coloca (FISH BEIN, 1947):

“There is special need that the medical profession develop some method by which the great possibilities of modern medicine in the way of diagnosis, treatment and prevention of diseases, may be brought within the reach of all people. This function, it is believed, should be performed by the medical profession and not through any form of state medicine”.

Portanto, as superfícies de emergência já trazem em instâncias de delimitação, ou seja, daqueles setores que na sociedade instauram os objetos. No mesmo encontro de Boston, o Presidente “... was especially disturbed by what he called ‘outside interference’ with medical education...”, o que significava financiamento de fundações e universidades estatais para programas de ensino, que podiam representar influências exógenas ao grupo médico e seu interesse. Ou seja, as instâncias da sociedade que instauram o discurso devem ser aquelas que mantenham a organicidade com seu projeto de classe de origem.

A partir deste ponto, vemos que a determinação de quem fala, os lugares institucionais de onde o sujeito questiona, as grades de questionamento, as posições dos sujeitos em relação aos diversos objetos, etc., ficam submetidas a uma matriz especial. Nesta, o universo dos acontecimentos concretos fica reduzido ao conjunto dos objetos

instituídos por uma leitura liberal e profissional da medicina, produzida por seus intelectuais orgânicos, distribuídos em um espaço social apropriado.

O desenvolvimento desta estrutura, através das regras de formação de conceitos, nada mais é de que a construção teórico-ideológica do real, emitida deste ponto especial e particular de enunciação, em que encontramos toda a discussão sobre as diferenças entre Medicina Preventiva e Saúde Pública, as noções de integração, de inculcação, mudança, etc., bem como todo o conjunto de seus paradigmas.

Vejamos como operam estas relações de organicidade, diante do fenômeno da Dependência. Inicialmente, o discurso preventivista, gerado em um país central do modo de produção capitalista, cria um espaço a ser preenchido por intelectuais orgânicos que passarão a ser os seus sujeitos nos países periféricos. Portanto, o discurso abre o espaço para os sujeitos, para a institucionalização dos lugares que ocuparão e de sua legitimação.

Em seguida, o discurso propicia os objetos, as estratégias e todo um instrumental conceitual, que será utilizado na construção teórica do real no país dependente. A construção teórico-ideológico do real, nos países dependentes, coloca o profissional médico como agente de mudança das condições de saúde, esquecendo-se, em primeiro lugar, de relacionar estas condições de saúde ao desenvolvimento das forças produtivas nos países periféricos (NAVARRO, 1973) e em segundo lugar, de analisar as relações sociais que envolvem e determinam o trabalho médico, bem como a organização social da medicina (DONANGEMO, 1972)

A contradição entre as representações preventivistas sobre o real e as reais condições de existência das populações latino-americanas e de seus serviços de saúde, está, pois, centrada sobre o funcionamento ideológico do movimento. Assim, a ideologia funciona no eixo desconhecimento-reconhecimento, em que o último membro do par fornece uma alusão-ilusão ao real em termos de uma forma (ou modo) de construir a representação sobre o real.

Na América Latina, até a década dos cinqüenta, a Medicina Preventiva não existia como um movimento, aparecendo somente como uma categoria classificatória de sub-divisões da Higiene. Após os Seminários, começam a surgir:

1º.) O reconhecimento de uma situação problemática na área de saúde, que pode ter sua solução através da criação de um profissional médico com uma “nova atitude”. Este reconhecimento refere-se às condições reais, em termos do predomínio das atividades curativas, da ausência de visão social dos médicos, de sua concentração

urbana e simultaneamente cria a ilusão de que esta problemática pode ser resolvida ao nível da atitude particular.

2º.) A composição do reconhecimento em um conjunto articulado de conceitos, que se pretende como teoria e que fundamente o mundo de suas práticas, ou seja, constitui-se em uma ideologia-teórica que a partir de conceitos como os de saúde e doença, história natural, multicausalidade, atitude social, entre outros, justifica a sua alternativa de mudança.

3º.) Um aparelho ideológico material, que servirá de base para a existência material destas concepções e práticas, ou seja, os Departamentos de Medicina Preventiva.

Porém, o funcionamento do par desconhecimento-reconhecimento, na América Latina, ganha outras dimensões de complexidade, quando a ausência, a que o reconhecimento se refere, é, na verdade, a presença das percepções, pelos sujeitos concretos, da dimensão social das formas de vida de grandes parcelas da população, da existência das endemias e da fome, da inexistência de assistência médica, enfim, de todo o complexo da pobreza em sua aparência imediata. Na relação ao segundo elemento, também se processa todo um conjunto de estudos que estabelecem associações entre elementos mórbidos e a estrutura social.

Desta forma, a Medicina Preventiva na América Latina configura-se como uma área em constante tensão, quando, por um lado, enfrenta a escola médica, os estudantes e os serviços de saúde e, pelo outro, enfrenta as próprias condições reais de existência com seu saber que não consegue dar conta das mesmas. Daí, a característica do discurso preventivista ser simultaneamente:

1º.) Crítico: quando coloca em questão a educação, a organização e a prática médica e estabelece as associações destes fatos com a estrutura social.

2º.) Apologético: quando se assume como uma forma de pensar, transformadora da situação de crise configurada acima, que transforma os seus sujeitos em mensageiros de uma nova doutrina.

3º.) Tecnocrático: quando instrumenta a atitude preventivista com uma tecnologia procurada na Saúde Pública, administração de empresas e o ensino com toda tecnologia educacional.

Esta configuração do seu discurso, diante da realidade política latino-americana, em que o Estado tem freqüentemente assumido total ou parcialmente o controle das ações de saúde, através dos diferentes sistemas previdenciários, leva, como

tendência, a que a Medicina Preventiva se afaste, progressivamente, das suas relações com a sociedade civil para aproximar-se do Estado em sua dimensão tecnocrática.

Porém, no núcleo destas contradições, tem-se desenvolvido novas concepções do papel da Medicina Preventiva na transformação da teoria da medicina, através de uma prática teórica específica, que consegue delimitar o ideológico no seu interior (GARCIA, 1972; GAETE e TAPIA, 1970; COMITÉ DE EXPERTOS de la OPS/OMS, 1974; PROBLEMAS TEÓRICOS, 1972).

Tal paibibilidade de Prática Teórica tem sido possível através da divulgação de trabalhos como os de CANGUILHEM (1971;1972), BACHELARD (S.d.), ALTHUSSER e BALIBAR (1970), FOUCAULT et alii (1972), FICHANT e PECHEUX (1971), BERNIS (1974), LABASTIDA (1971), SILMON (1973), PIAGET (1970), BOLTANSKI (1968), ILLICH (1974), JANTSCHE (1972), HECKENHAUSER (1972) e outros que num processo de abertura de novos horizontes dentro das Ciências Sociais tem fornecido novos instrumentais para a análise da Medicina.

QUADRO 1		
	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Objetivo do Ensino de Medicina Preventiva	Dar a oportunidade ao estudante para adquirir os conceitos e métodos de atenção integral ao indivíduo e sua família, ajudando-lhes a alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou doenças. Criar no futuro médico a consciência da função social de sua profissão. Estimular no estudante o interesse nas atividades coletivas relacionadas com a saúde e fomentar as boas relações dos futuros médicos com as autoridades sanitárias.	Dar ao futuro médico uma compreensão sobre os alcances e possibilidades da prevenção, motivando uma mudança de atitude para um conceito mais integral de medicina. Deve proporcionar as noções fundamentais, as normas e as técnicas para proteger e fomentar a saúde dos indivíduos, a fim de que as incorpore à prática diária.
Visão de Homem	Entender o homem como unidade social, tendo em conta suas interrelações com o meio ambiente seja físico-químico, biológico, psicológico ou social.	Entender o homem como unidade biológica que está integrada em uma família e esta por sua vez em uma sociedade.
Disciplinas Componentes	Ecologia, Estatística, Epidemiologia, Higiene Materno-Infantil e Escolar. Problemas de Alimentação e Nutrição, Higiene Mental e Ocupacional, Saneamento Ambiental, Educação Sanitária, Noções gerais sobre problemas e recursos médico-sociais, econômicos e culturais da região e do país. Organização da Comunidade e Administração Sanitária.	Bio-estatística, Epidemiologia, Saneamento, Problemas médico-sociais da família, da comunidade e do país, Antropologia Social e Ecologia, Educação Sanitária, Medicina Ocupacional, Conhecimentos das Organizações Sanitárias e Assistenciais.
Métodos de Ensino	Preferir os métodos nos quais os alunos aprendam de forma ativa desde os primeiros anos. Combinar os métodos de instrução: aulas teóricas, meios audio-visuais, seminários, estudos de investigação e de laboratórios, trabalhos bibliográficos, visitas a instituições, atenção de um número limitado de famílias por um período.	As aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, devendo o curso ser ministrado através de seminários, discussões bibliográficas, trabalho em laboratórios, clínicas e no campo. Recomenda-se especialmente que o aluno devidamente supervisionado atue como conselheiro médico e observador de um número limitado de famílias da comunidade durante um longo período. Recomenda-se também a participação dos alunos nos serviços locais de saúde.

(CONTINUAÇÃO)		
	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Início do Ensino	Iniciar o ensino nos primeiros anos do curso.	Iniciar o ensino tão precocemente, quanto permitam as facilidades de supervisão e a preparação dos estudantes.
Funções do Departamento	Desenvolver o ensino teórico-prático de suas matérias específicas. Promover e colaborar na integração da Medicina Preventiva com outros Departamentos. Capacitar e aperfeiçoar seu próprio docente. Colaborar no ensino de Medicina Preventiva e Saúde Pública em outras Faculdades da Universidade. Realizar investigações em uma ampla área de caráter teórico até as aplicadas que devem ter prioridades; Assessorar os serviços de Saúde Pública, etc.	Ensinar Medicina Preventiva em cursos independentes e coordenar-se com outras matérias a fim de inculcar no estudante um conceito integral da medicina. Planificar e levar a cabo investigações indispensáveis para um melhor conhecimento dos problemas médicos sociais e para um ensino adequado. Fomentar o desenvolvimento de atitudes mais positivas dos membros da Faculdade com relação a conceitos de prevenção. Assessorar as organizações de Medicina Pública e Privada nas soluções de problemas de Saúde de Comunidade.
Relações com outros Departamentos	Integração de cursos, seminários e apresentações clínicas de interesse comum: nomeação simultânea de assistentes pelo Departamento de Medicina Preventiva e por outro, intercâmbio de serviços, assessorias em estatística e epidemiologia. Investigação conjunta de problemas clínicos ou outros de interesse para a comunidade, etc.	Integração de cursos, seminários e outras atividades conjuntas; utilização conjunta de pessoal para o ensino teórico e práticas de campo. Investigação conjunta de problemas individuais e coletivos. No ensino das matérias básicas, o Departamento pode participar diretamente estudando e realçando a importância que tem os fatores médico-sociais e nas clínicas pode participar no estudo epidemiológico e médico-social de cada enfermo em seu próprio ambiente familiar e social e insistir sobre a importância do diagnóstico precoce e os exames médicos periódicos.
Relações com Serviços de Saúde Pública	Considerando que a Comunidade é o laboratório vital do Departamento, este deve trabalhar harmoniosamente com os Serviços de Saúde Pública e prestar ajuda para cumprir suas finalidades científicas e sociais.	Recomendou-se que os Departamentos promovam a formalização de acordos e outras medidas tendentes a produzir a conexão necessária com os Serviços de Saúde Pública para um benefício recíproco.

QUADRO 2 – Número de Escolas Segundo os Temas de Medicina Preventiva e Social, que se Ensinam no Plano de Estudos, 1967.

Temas de Medicina Preventiva e Social					Número de escolas (N=100)
Ciências da Conduta	Organização e Administração	Medicina Quantitativa	Epidemiologia	Medidas Preventivas	
+	+	+	+	+	70
-	+	+	+	+	12
+	-	+	+	+	7
+	+	-	+	+	1
+	+	+	-	+	1
-	-	+	+	+	6
-	-	-	+	+	2
-	-	-	-	+	1

(+) Ensina-se o tema.

(-) Não se ensina o tema.

Fonte: GARCÍA, Juan César: La Educación Médica en la América Latina, 1972.

5. A DELIMITAÇÃO

A Medicina Preventiva, no seu discurso, realiza um trabalho de delimitação, que por um lado afirma a sua identidade e diferença com a própria medicina e por outro estabelece a sua diferenças com a Saúde Pública e a Medicina Social.

Partindo da definição de Saúde Pública de WINSLOW, LEAVELL e CLARCK (1965), consideram a medicina preventiva como a “ciência e arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a eficiência e a saúde física e mental” e deduzem, portanto, que a saúde pública e privada são divisões da Medicina Preventiva que requerem esforços ou ações organizadas da Comunidade.

SAN MARTIN (1968), partindo do mesmo conceito de Saúde Pública, chega à conclusão que “ La medicina preventiva es, pues, tal como la curation, parte de la salubridad pero no es sinónimo de ella”.

Portanto, a relação da Medicina Preventiva com a Saúde Pública é uma relação de continente-conteúdo, dependendo das postura assumida pelo sujeito do discurso, ou em outras palavras, que o discurso abre duas possibilidades para posicionamento dos sujeitos, uma que afirma a hegemonia da sociedade civil e a saúde pública submetida a ela, e a outra afirma a supremacia do Estado ao qual atividade privada está submetida. Porém, em ambos os casos prevalece a idéia de uma dupla leitura, em que a Medicina Preventiva é a leitura liberal vinda da sociedade civil, e a Saúde Pública a leitura estatal diante de novas funções do Estado na sociedade capitalista.

Neste estabelecimento de fronteiras, a Medicina Preventiva define a relação dos seus agentes com a Saúde Pública, propondo formas de integração e cooperação de trabalho, mantendo porém a autonomia das áreas. Por outro lado, o discurso preventivista reorganiza o conhecimento de Saúde Pública de forma que posso ser incorporado à prática liberal de medicina.

Nos Estados Unidos, esta delimitação é extremamente clara na medida em que o âmbito de saúde pública é bem delimitado diante da atenção médica, o que não sucede nos países da América Latina, em que a relação se dá com um confronto entre dois tipos de profissionais, cujos limites estão imprecisos.

Em relação a Medicina Social, LEAVEL e CLARCK (1965) discutindo os dois termos, referem-se que a Medicina Social é um termo utilizado na Europa para enfatizar a importância do ambiente humano para a saúde, para concluir que a diferença entre os dois conceitos é muito pequena.

GARCIA (1972) comenta o fato de que “o uso do termo Medicina Preventiva e Social faz supor que se atribua diferentes significados a Medicina Preventiva e a Medicina Social” porém quando se analisa o conteúdo destas disciplinas não se verifica nenhuma diferença.

HUBBARD (1953) comentando o fato de que até 1964 não existia nenhum Departamento com o nome de Medicina Social nos Estados Unidos, refere que: o cidadão comum – e muitos médicos também – não sabem realmente o que se entende por Medicina Socializada, mas está certo de que é mau. E Medicina Social não soa muito diferente.

Outros autores enfatizam a diferença de Medicina Preventiva e Social, como é a definição de Medicina Social do CONGRESSO INTERAMERICANO DE HIGIENE (1955) realizado em Cuba: “é o ramo de medicina que se ocupa das relações recíprocas que existem entre as doenças e a saúde e as condições econômicas e sociais dos grupos humanos”.

FREITAS (1961) considera que “en la Medicina Social, se procurará considera los problemas de salud y enfermedad, donde viven los individuos em relación a la sociedad, empegando en el nucleo basico de la sociedad, la familia... deberán ser considerados aspectos ecológicos incluso económicos de la Medicina”.

LEFF (1953) considera que existem diferentes escolas de Medicina Social, como a de Reabilitação, que coloca como problema a existência de milhões de pessoas com problemas crônicos de saúde, que para a sua recuperação e reintegração na sociedade necessita de uma abordagem social. A Escola de Saúde Pública, que considera a Medicina Social como sua extensão, sendo o seu próximo estágio de desenvolvimento. A Escola Psicológica, que pretende resolver os problemas sociais através de uma abordagem psicológica. A Escola de Saúde Positiva, que propõe a estudar a saúde como um objeto em si e não como a ausência de doenças. Após esta discussão, o autor conclui, revendo a história da Medicina Social na Inglaterra:

“We should recognize first that any discussion of the theory and practice of social medicine must take place against the background of the social order in which health and disease

patterns are continually changing; and, second, that the theories of medicine of the last three centuries can no longer cope with our changing society and must be modified and extended”.

O ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (1970f) concluiu que: “no que se refere a distinção entre Medicina Preventiva e Social não parece haver dúvidas de que os conceitos diferem na origem e evolução”.

A Medicina Preventiva desenvolveu-se nas escolas americanas em decorrência da necessidade de se aprimorar a medicina individualista numa tentativa de corrigir as distorções da extrema fragmentação da atenção médica, resultante da tendência de especialização.

A inspiração predominante é identificada em fontes relacionadas com as ideologias da medicina como profissão liberal e surge em resposta às exigências resultantes de mudanças no sistema social como elemento com tendência a favorecer a manutenção da ordem existente no campo da saúde, da atenção médica e da organização profissional.

Embora a maior difusão do conceito de Medicina Social se deva à Inglaterra (com a criação do Instituto de Medicina Social em Oxford em 1942), as suas origens como disciplinas de ensino parecem ser mais remotas e se localizam na Alemanha e França. Desenvolvem-se no conjunto das mudanças sociais resultantes da Revolução Industrial, como uma medicina integrada no campo da saúde, esta entendida como responsabilidade bem definida do Estado.

Durante este encontro definiram-se duas posições:

1- A identidade atual dos conceitos – Apresentada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (1970e) que conceituou Medicina Preventiva como a aplicação de conhecimento e métodos de várias disciplinas à promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como a prevenção de doenças, de incapacitação e de mortalidade prematura, através de programa individual ou coletivo de atenção médica e concluía: “A Medicina Preventiva assim conceituada tem mais relações com os conceitos de Medicina Social desenvolvidos na Europa na primeira metade do século XIX do que com as filosofias e propósitos da Medicina Preventiva tal

como incluída nos currículos das escolas americanas a partir de aproximadamente 1940”.

2- Afirmação da diferença – Defendido pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (1970) que conceituou Medicina Social como o estudo da dinâmica do processo saúde/doença nas populações, suas relações com estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações.

SILVA (1973), discutindo a diferença entre os dois conceitos, coloca que “... alguns Departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar, tendencialmente uma posição potencialmente mais inovadora, uma posição de crítica construtiva da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada bem mais no modelo de medicina social do que no modelo original de Medicina Preventiva” para afirmar que “... como disciplina do currículo... a Medicina Preventiva se confunde com a Medicina Social”. A partir disto, o autor adota como conceito de Medicina Preventiva aquele apresentado como de Medicina Social pelo Departamento de Campinas, com pequenas modificações.

Analisando esta evolução, em que encontramos um verdadeiro jogo conceitual, nota-se que na realidade trata-se de um problema mais profundo do que a simples denominação de um Departamento.

O informe final do SEGUNDO COMITÊ NO ENSINO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL DA ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (1974) considera que a Medicina Preventiva desempenha um papel para desenvolvimento de uma mentalidade preventiva e dos aspectos bio-psico-sociais das doenças, cabendo agora à Medicina Social o estudo da instituição de atenção à saúde e os esquemas de ação médica produzidos. Assim, enquanto a Medicina Preventiva representava um movimento ideológico, a Medicina Social deve estudar o seu objeto que, segundo seus autores, é “el estudio de las acciones en medicina, entendiéndose por tal el campo de la practica y conocimientos relacionados con la salud”.

A Medicina Social aparece pois com duas tendências, a primeira decorrente da sua origem no século passado, com um movimento de modificação da medicina ligado à própria mudança de sociedade, ou assumindo somente a modificação da medicina através da sua mudança institucional, como sucedeu na recente medicina

social inglesa. A segunda tendência é uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão os quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psico-social. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais.

Podemos, a partir dessa análise, afirmar que, independentemente das denominações utilizadas, existem duas formações discursivas em confronto, que se definem em relação à organicidade dos seus discursos; assim, a Medicina Preventiva aparece como uma prática ideológica, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como uma norma que não se instaura, por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática. E por outro lado, a Medicina Social, que tenta realizar uma ruptura com esta postura ideológica e delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais, assumindo uma posição diante destas contradições na teoria.

CAPÍTULO IV

OS CONCEITOS BÁSICOS

1. O CONCEITO DE SAÚDE/DOENÇA

Segundo CANGUILHEN (1971), o pensamento médico tem oscilado entre duas formas otimistas de representar a enfermidade: a primeira, que concebe a enfermidade entrando e saindo do homem, correspondendo a uma visão ontológica do mal; e a segunda, uma concepção dinâmica, que se baseia em um equilíbrio de forças, de um esforço para um novo equilíbrio. O ponto em comum seria a consideração de que, em ambos os casos, existe uma luta por parte do organismo, seja com um agente externo, seja uma luta interna de forças.

Analisando o trabalho de ENTRALGO (1970) sobre a evolução histórica do conceito de doença, verificamos que correspondem ao campo da visão ontológica:

- as principais interpretações no período pré-científico, como a perda da alma do paciente, como a penetração mágica de um objeto ou a possessão por maus espíritos;
- o ontologismo Nosológico de Paracelso, Van Helmut e John, no século XV, que acreditavam na existência de um parasita invisível dentro do organismo;
- o reativismo de Sydenhan no século XVII, interpretando a doença como o esforço do organismo para libertar-se da “matéria mórbida”;
- a teoria microbiana de Pasteur, Koch e Klebs do século XIX.

Correspondendo à visão dinâmica:

- A medicina grega, desde o conceito de Alemenon de Cróton há 500 anos A.C., que considerava ser a doença uma desordem da “physis” do homem afetado, que correspondia a uma qualidade sobre a sua antagônica que influenciou a medicina Hipocrática, também baseada no equilíbrio, até a galênica que definia a doença como uma predisposição natural do corpo.

- A Teoria Celular de Morgani, Bichat, Laennec, Rokitansky e Charcot que acreditavam estar a essência da doença no padecimento celular.

- A patologia constitucional de Pende e Viola, valorizando a constituição natural dos indivíduos, para explicar as diferentes enfermidades.

CANGUILHEN (1971) afirma que “... sans les concepts de normal et pathologique la persée et l’ativité du medicine sont incompréhensibles”, porém a realidade é que o desenvolvimento da medicina contemporânea se faz sem a explicitação de um conceito de doença ou de patologia, conceituando cada doença em sua especificidade. Da mesma maneira, esta problemática esteve ausente da educação médica até o aparecimento do discurso preventivista.

O médico, em sua prática cotidiana, necessita de um conceito para cada enfermidade, que lhe permita nomeá-la em um diagnóstico que orientará a terapêutica, de forma tal que “Diagnostic labels are ways of indicating categories of informatiou about our patient” (ENGEL, 1960), considerando, porém, que “... this is not na end in itself but is the physician’s way of indicating those aspects of the patient’s illness which he knows and is able to identify according to experience and convention”.

Portanto, o espaço em que habitam os conceitos de saúde e doença, normal e patológico, não é o espaço da prática médica, mas sim o da ciência médica e de uma epistemologia da medicina. Trata-se de perguntar por que tipo de necessidade discursiva estes conceitos aparecem no pós-guerra com a definição da Organização Mundial de Saúde e ocupam um ponto central no discurso preventivista.

Em LEAVELL e CLARK (1965), assume-se o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o de Perkins que, segundo os autores, seria mais dinâmico: “... Health is a state of relative equilibrium of body form and function which results from its successful dynamic adjustments to forces tending disturb it. It is not passive interplay between body forces working toward readjustment”. Para concluírem que saúde é um estado relativo, que precisa ser pensado sobre uma escala de graduação como a doença. A doença é vista como um processo que depende das

características do agente, do homem, e da resposta deste homem aos estímulos produzidos pela doença no seu ambiente externo ou interno.

Desta forma, saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, e doença é um processo de interação do homem frente aos estímulos patogênicos.

O problema de gradação aparece desenvolvido em WYLIE (1970), em uma escala que se assemelha a um termômetro, em que o nível superior é aberto e o inferior é o zero absoluto. Assim teríamos que a sanidade pode ascender continuamente e o ponto zero é a morte, existindo várias gradações intermediárias. ANDERSON (1965) faz a mesma analogia com o espectro luminoso.

CHAVES (1972) desenvolve as idéias acima, em uma aplicação da Teoria dos Sistemas à Saúde, combinando a escala de Wylie com um biograma em que a vida desenvolve-se em torno de um “steady state”, como se fosse uma trajetória vital. Diante de um certo ambiente, o homem teria uma “performance” e cada doença, como processo, representa um desvio do “steady state”. O autor equipara o organismo humano a uma máquina, cujo funcionamento poderia ser apreendido pelo seu perfil (que é o estado de seus vários sistemas em um momento dado), pelo biograma e pelo gradiente.

SAN MARTIN (1968) assume saúde e doença como fenômenos ecológicos em que “el concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación; el de enfermedad desequilibrio o desaptación” e “ Existe entre ambos estados una latitud mucho mayor, limitada em um extremo por la variación que lhamamos enfermedad y em el outro por la adaptabilidad que lhamamos salud”.

O conceito ecológico de saúde e da doença, que aparece nos primeiros documentos da Medicina Preventiva, marca todo seu discurso e incorpora-se sempre aos objetivos educacionais. Vejamos então quais as características (ou a estrutura) destes conceitos:

1ª. tese: A reunião da concepção ontológica e dinâmica da doença.

A concepção ontológica é assumida através da estrutura epidemiológica das doenças, desenvolvida para as moléstias infecciosas que colocam a sua determinação na interação entre Agentes-Hóspedes-Ambiente. Foi redefinido o conceito do agente para que pudesse abranger outros fatores que não os essencialmente biológicos:

“A disease agent is defined as an element, a substance, or a force, either animate ou inanimate, the presence or absence of which may, following effective contact with a susceptible host under proper environmental conditions, serve as a stimulus to initiate or perpetuate a disease process” (LEAVELL e CLARK, 1965).

Porém, a concepção ontológica repousa sobre uma concepção dinâmica, que a representação das forças em equilíbrio, como se fossem uma balança em que o fiel é o meio ambiente (Físico, Biológico, Econômico e Social). Os desequilíbrios podem ser tanto no sentido dos hóspedes vencendo os estímulos, como no sentido dos agentes provocando as doenças.

Assim, a determinação é simultaneamente ontológica, quando coloca os agentes como externos ao homem e é dinâmica, quando coloca a relação em um equilíbrio de forças.

Mas o predomínio da concepção dinâmica se faz na medida em que se assume a doença como um processo que segue uma história natural, desdobrando-se em fases discerníveis, que se sucedem no tempo em que a causalidade da sucessão continua, na interação entre estímulo e resposta, no interior do Hóspede.

2ª. tese: O conceito ecológico é duplamente otimista.

CANGUILHEM (1971) considera que as duas concepções representam uma forma de otimismo, já que é possível eliminar o agente ou restabelecer o equilíbrio, em proveito do Hospedeiro. A Medicina Preventiva, com a concepção ecológica, desdobra o espaço do otimismo, já que sempre é possível eliminar e (ou) equilibrar.

Portanto, aceitar o conceito ecológico de saúde e doença é, por um lado, aumentar o campo de responsabilidades do médico, ampliar o espaço das determinações, retirando a segurança da unicausalidade, mas pelo outro, é aumentar as probabilidades de êxito, é desenvolver, diante do mundo das doenças, uma atitude otimista.

3ª. tese: O espaço entre a saúde e a doença é um contínuo.

Na Medicina Preventiva, a continuidade assume também duas dimensões. Por um lado, a continuidade fisiopatológica qualitativa, através da sucessão das formas patológicas: de como, no interior dos tecidos e dos órgãos, produzem-se as

transformações patogênicas, determinando áreas de transição ou de “border-line” em que se superpõem o normal e o patológico.

Esta continuidade qualitativa determina que a Medicina Preventiva possa especificar zonas de “gaps” do conhecimento, ou seja, áreas abertas entre dois estados, sobre as quais o conhecimento nada diz, mas que é possível afirmar-se a existência de um estado intermediário que deva ser estudado.

Tal idéia esquematiza-se em duas representações: o “iceberg” clínico (REIDERMAN, 1966), em que o conjunto das doenças configura-se em um corpo sólido, onde parte aflora das águas e parte está imersa. Tal “iceberg” é “mirado” pela medicina, que só pode observar parte desta figura. Da mesma maneira, o período patogênico da História Natural das doenças é dividido por uma linha denominada “horizonte clínico”.

A segunda forma de continuidade provém da fisiologia, estabelecendo, através da estatística, os chamados padrões de normalidade, portanto, assumindo que a saúde e a doença se dispõem em um contínuo, cujo ponto de separação seria estatisticamente determinado.

Em síntese, o espaço entre o estado de saúde e o da doença é um espaço contínuo, que abriga simultaneamente a continuidade quantitativa dos valores biológicos, como a continuidade qualitativa dos estados fisiopatológicos.

4ª. tese: Os estados de saúde e doença são simultaneamente idênticos e diversos.

A concepção preventivista oscila na dualidade. Assim, afirma a não-identidade dos dois estados e a necessidade de estudar-se o estado de saúde, já que até agora a preocupação foi estudar a doença. Neste sentido, diferenciam-se dois objetos distintos e qualitativamente diferentes, em que um foi tratado positivamente pela ciência (a doença) e o outro, negativamente, ou seja, pela ausência do primeiro. Uma das tarefas atuais é a transformação da saúde em um objeto positivo de investigação.

No mesmo sentido de afirmar a não-identidade entre os dois estados, a História Natural os coloca em espaços separados, diferenciando-se também o enfoque em cada um. Para a saúde, uma abordagem ontológico-dinâmica, para a doença, uma concepção dinâmica.

Torna-se interessante, neste ponto, recordar uma semelhança de abordagem entre o esquema de Leavel e Clark e a análise de Canguilhem, que afirma:

“Diremos que el hombre sano no llega a ser enfermo em cuanto hombre sano. Ningúm hombre sano llega a ser enfermo, porque solo es enfermo em la medida em que su salud lo abandona, y em esse caso ya no es sano... La amenaza de la enfermedad es uno de los constituintes de la salud”.

Assim, o homem com saúde, na História Natural, encontra-se no período pré-patogênico, mas em constante ameaça de transformar-se em doente, quando já não é mais sadio. A linha vertical do modelo separa duas qualidades irreduzíveis.

Por outro lado, a Medicina Preventiva, ao assumir os valores biológicos da fisiologia e operacionalizá-los em exames de massa, na Clínica Preventiva, aceita que saúde e doença são estados idênticos, que se diferenciam na quantidade. Nesta linha, propõe a determinação de parâmetros de normalidade para valores biológicos, nas populações que servissem de padrões para diferenciar os estados normais dos patológicos.

Enfrentando a dicotomia, refere-se TOBAR (1972), após longo estudo:

“1 – Dada a complexidade e o número de variáveis envolvidas no assunto, não nos foi possível encontrar definição clara e precisa sobre saúde. Consequentemente, tivemos que optar por uma conceituação operacional e pragmática. Através da ausência da doença, cogitamos na possível existência da saúde.

2 – Quanto à doença, não encontramos na literatura uniformidade de conceituação. Os parâmetros geralmente utilizados para o seu reconhecimento carecem de padronização. Para defini-la, adotamos o critério da sua manifestação, avaliada através de parâmetros propostos por organismos internacionais.

3 – Em decorrência destes fatos, o diagnóstico de doença e, especialmente, o de saúde, possuem acentuado grau de relatividade, o que dificulta, em muito, a comparação de resultados das casuísticas de morbidade.”

As conclusões do autor caracterizam a quarta tese. Inicialmente afirma a diferença entre os dois estados para, logo em seguida, afirmar a presença da saúde pela ausência da doença, dada a impossibilidade instrumental e conceitual de trabalhar sobre a saúde em si. E no campo das doenças defronta-se com a ausência de padronização.

Na evolução do conhecimento científico, a saúde foi um conceito ausente ou negativo na sua dimensão “em si”, e as doenças foram definidas na sua singularidade particular, em relação a um tipo de sofrer, definição que, transformada em um nome,

organizava ao seu redor o conhecimento existente sobre os fenômenos relativos a aquele sofrer.

A Medicina Preventiva, na sua tarefa de síntese e totalizadora, reúne este conhecer e desconhecer em um mesmo espaço, sob o conceito ecológico de doença, que não se operacionaliza atualmente na produção de conhecimentos, já que sua função mediata é reorganizar este conhecimento para uma transformação da sua prática.

5ª. tese: O conceito ecológico reúne a medicina das doenças e a medicina das epidemias.

O conceito ecológico reúne o espaço tridimensional da concepção das doenças com o espaço social da distribuição das mesmas. O individual e o coletivo, a clínica e a epidemiologia, fazem o seu encontro na História Natural.

Se a clínica esgotava-se na relação médico-paciente e a epidemiologia abria o espaço de uma visão política e descobria o objeto do homem saudável, é nesta composição que a Medicina Preventiva estrutura o seu conceito de saúde/doença.

Sistematizando o jogo de espacializações, realizados pela Medicina Preventiva teremos:

1º.) Espacialização primária: através da articulação das concepções ontológicas e dinâmicas da doença em uma totalidade, que pressupõem o encontro da medicina individual com uma medicina coletiva, em uma verdadeira dialética do universal e do particular.

2º.) Espacialização secundária: em que, dada a doença como estado e como processo determinado por uma multicausalidade, a mirada e a prática médica devem espalhar-se pelo social, sendo esta relação ampliada que permite a compreensão da saúde e da doença como fenômenos ecológicos.

3º.) Espacialização terciária: tendo a doença uma “natureza ecológica”, ela representa em cada ponto do espaço social um risco a saúde e, sendo processo, o seu desenvolvimento ultrapassa o episódio do atendimento institucional.

Assim, no conjunto do discurso preventivista, o conceito de saúde/doença em suas características básicas e no jogo da sua espacialização, leva à definição da essência de sua prática:

1º.) O atendimento hospitalar e de consultório representam apenas alguns dos pontos onde se pode impedir a evolução da doença como processo, e por certo, os piores lugares para prevenir a gênese das mesmas. Prega-se, portanto, uma medicina que seja familiar, comunitária e também hospitalar. Propõe-se, pois, o reencontro da medicina

com a gênese e evolução da doença no espaço social, medicina que se liberta do hospital, mantendo-se presa a ele.

2º.) A difusão da medicina no espaço social leva a uma ampliação da clientela, que passa teoricamente a ser todo e qualquer indivíduo, em todos os momentos de sua vida, portanto, propõe-se o reencontro da medicina com a vida em sua totalidade, libertando-se do episódio, porém mantendo-se presa a ele.

3º.) No encontro da Clínica com a Epidemiologia, a Medicina Preventiva propõe o encontro dos indivíduos com os grupos e com a sociedade, em uma experiência pacífica entre o político e o existencial.

2. A HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS

A Medicina Preventiva faz uma leitura do conhecimento médico em que “the central core ... is na appreciation of the natural history of man and natural history of disease” (COLORADO SRING, 1953b), que possa ser recortado pelos níveis da prevenção, dando uma conotação Elizabetana ao prevenir que signifique “come before”.

Quais são as regras desta prática discursiva que faz renascer no interior do discurso médico a História Natural, como uma das ciências da ordem, fazendo com que elementos da episteme clássica incidam sobre a medicina contemporânea?

O espaço problemático que se oferece à Medicina Preventiva é o desdobramento do conhecimento em áreas, especialidades, disciplinas e sub-disciplinas, conhecimento que, livre da classificação, vive um desdobrar contínuo em sua própria historicidade. Assim, a tarefa que se impõe a esta nova leitura é de uma reorganização, ou seja, do estabelecimento de uma ordem que simultaneamente organize o fenômeno e o seu conhecimento em uma estrutura.

Trata-se, portanto, de uma leitura que instaure a ordem, promovendo a distribuição dos signos dentro de um modelo, e a redistribuição do conhecimento médico segundo novas categorias, como comunidade, ambiente, agentes e hospedeiros, etc.

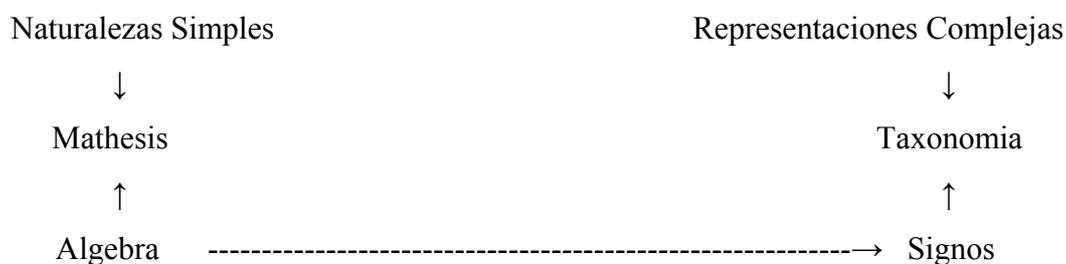
A epistema clássica, segundo FOUCAULT (1969), é representada por um sistema articulado de uma *mathesis*, uma taxonomia e uma análise genética. Este sistema mantém uma relação básica com um conhecimento da ordem das coisas, de tal forma que a “mathesis” é a forma de ordenar as naturezas simples e cujo método é a

álgebra. A taxonomia é a ordenação das naturezas complexas e cujo método é instaurar um sistema de signos.

A mathesis relaciona-se com a taxonomia, na medida em que a primeira não é senão um caso particular da segunda, dado que é um caso particular da representação geral. Ao inverso, na medida em que as representações empíricas devem ser relacionadas com as naturezas simples, a taxonomia relaciona-se diretamente com a mathesis, sendo que no interior deste espaço teríamos uma gênese, como análise da constituição das ordens.

Assim teríamos, segundo o autor:

Ciencia general del Orden



Nesta região de relações da epistema clássica, é que encontramos a História Natural como “ciência de los caracteres que articulan la continuidad de la naturaleza y sua enmarañamiento”.

A História Natural opera através de dois conceitos básicos, o de estrutura que “es esta designación de lo visible que, por uma espécie de prelingüística triple, lê permite transcribirse em el language”, ou seja, “um espacio de variables visible simultâneos concomitantes, sin relacion interna de subordinación e de organización”. O conceito de caráter que identifica a singularidade, a particularidade do ser e simultaneamente a sua generalidade, assim “La Historia Natural debe asegurar, de um solo golpe, uma designación cierta y uma derivación determinada”.

A História Natural, como uma ciência da ordem, através da estrutura, articula todas as variáveis que podem atribuir-se a um ser e, pelo caráter, marca este ser e o situa em um campo de generalidades, de tal forma que ao designar-se este ser pelo seu nome, este nome conduza a todo o campo de conhecimentos sobre este ser.

Esta forma de pensar a Natureza, em que ela se torna Histórica, é pensar a História como sendo natural, pertence à mesma episteme em que se desenvolveu o

mecanismo cartesiano e foi substituída pela instauração da vida como objeto do conhecimento, libertando-se das rédeas classificatórias, com o surgimento da Biologia.

A Medicina Preventiva toma a História Natural em toda a sua dimensão e faz com que ela opere a reorganização do conhecimento médico. Assim, trata-se inicialmente de definir uma estrutura. A primeira estrutura organiza a História Natural das Doenças em uma totalidade que compreenda simultaneamente a presença e a ausência da doença. Totalidade que se articula com as fases e níveis de prevenção, ou seja, o natural justapondo-se ao técnico, o encontro de uma História que se faz natural com a racionalidade da intervenção e do controle.

A primeira estrutura, fazendo o encontro entre a História Natural como ciência da ordem com todo o conjunto das condutas possíveis advindas das mais diferentes ciências, organiza e classifica o conjunto destas condutas em uma nova Taxonomia, ou seja, aquela dos níveis de prevenção.

Dupla operação, quando em um primeiro instante cria um espaço para onde deve convergir todo o conjunto de condutas, todo o conhecimento operacionalizado e o distribui em um contínuo que define o lugar de cada conduta e as suas relações com todo o conjunto. No segundo instante, estas condutas olham para o processo de determinação e evolução das doenças que especifica estas condutas diante do valor de uso das mesmas, definindo pelo seu posicionamento diante do evento que ela deverá preceder ou intervir.

Portanto, a primeira estrutura uma Taxonomia da Prática, fazendo com que a medicina seja absorvida pela prevenção, abre o espaço para duas novas estruturas: a das relações e a do processo mórbido.

Porém, devemos considerar que esta estrutura rompe com a rede de relações entre os seres criados pela História Natural e entra no espaço da geometrização, da representação estrutural.

Segundo BACHELARD (1972) o trajeto da evolução do pensamento científico se faz segundo uma espécie de lei dos três estados, em que o primeiro seria o concreto que se apoiaria sobre as primeiras imagens do fenômeno, o segundo seria o concreto-abstrato que acrescentaria à experiência esquemas geométricos representados por uma intuição simples. Finalmente o estado abstrato em que o espírito científico liberta-se das intuições simples polemizando coma realidade básica para “trabajar debajo del espacio, por asi desir em el nivel de relaciones esenciales que sostienen los fenómenos y el espacio”.

A História Natural das Doenças, em sua geometrização, está baseada em um esquema cartesiano em que no eixo da abscissa temos o tempo e a ordenada divide dois espaços segundo a presença ou não da enfermidade. Ao tempo está associada uma dimensão histórica, ou seja, não é uma simples cronologia em que estivéssemos interessados em medidas de duração dos fenômenos, mas é, sim, a história do processo saúde/doença em sua regularidade. Assim, o sistema das ordenadas da História Natural ganha uma dimensão basicamente qualitativa e a divide em dois momentos.

O primeiro momento cabe num espaço de tempo qualquer que se acha na ruptura de equilíbrio do hospedeiro, submetido a fatores determinantes de enfermidades, e envolvido pela capa misteriosa do ambiente. O aparecimento das doenças está determinado, neste primeiro momento, pela relação estabelecida entre os três elementos: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças. Estas relações são entendidas pelos autores dentro de um enfoque nitidamente mecanicista onde os homens – os agentes – são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel da mesma interferindo em que sentido a balança se inclinará.

O ambiente é considerado como uma combinação homogênea entre os níveis físico-químico, biológico e social, que jogariam um idêntico papel na determinação mecânica do equilíbrio.

O segundo momento define a evolução do processo saúde/doença já visto no espaço interior do indivíduo, ou seja, em termos de sua fisiologia interna, em que este processo é acompanhado em sua regularidade, para um ponto de resolução, seja a cura, óbito ou outro estado intermediário.

Estudando o primeiro momento, verificamos a construção de uma segunda estrutura, que é importada diretamente da epidemiologia, ao estabelecer as relações entre as características (variáveis) de três elementos – Agentes, Hóspedes e Ambiente.

Cada um destes elementos é determinado por um conjunto de características que lhe são atribuídas, como por exemplo, em relação à História Natural da sífilis adquirida (CLARK e LEAVELL, 1965):

fatores do Agente – características biológicas, pré-requisitos de unidade, baixa resistência;

fatores do Ambiente – geografia, clima, instabilidade familiar, baixo ingresso, moradia, facilidades inadequadas de recreação, facilidades diagnósticas;

fatores do Hóspede – idade, sexo, raça, desenvolvimento da personalidade, ética e educação sexual, promiscuidade, profilaxia.

Assim, o caráter dos elementos desta estrutura é o conjunto daquelas variáveis que influenciam no equilíbrio mantido entre estes elementos.

Esta estrutura torna possível a emergência de novas Taxonomias, como a sugerida por STALONES (1971), a classificação epidemiológica segundo a forma de transmissão (MACMAHON et alii, 1965); a classificação segundo os danos (AHUMADA, 1965), utilizadas em programação de saúde ou a sugerida por PAYNEL (1965).

Ao estabelecer estas relações, em uma concepção ecológica do processo saúde/doença, a História Natural da Doença abre também a possibilidade de implantação deste conjunto complexo, e instaurar uma nova distribuição de signos simples levando à possibilidade de uma mathesis, ou seja, de uma análise algébrica que leve às formalizações matemáticas.

Portanto, em um primeiro nível, esta estrutura permite uma Taxonomia e uma “mathesis”, às quais se acrescenta uma análise genética, ou seja, o estudo de como se procede o desequilíbrio que, em última análise, implica em uma teoria da causalidade.

A idéia de causalidade em Medicina, não considerando sua fase pré-científica, vai aparecer na Medicina das Espécies associada ao conceito de analogia, que valia simultaneamente como uma lei de produção dos fenômenos e na Medicina das Epidemias, onde cada epidemia possuía uma individualidade própria não reproduzível que era associada a um lugar geográfico determinado e a um tempo.

O aparecimento da clínica e da anatomia patológica provoca o encontro do corpo das doenças com o corpo dos homens, após o que passa-se a discutir a causa destas enfermidades a partir da Toxicologia e das doenças contagiosas.

A Toxicologia desenvolvida no século passado com os trabalhos de Orfila e Schiedeberg e, principalmente, Frankel, que, descrevendo a história clínica de um camareiro que tentou suicidar-se com ácido oxálico, assinalou:

- 1º.) a relação entre a sintomatologia descrita e a ingestão do ácido;
- 2º.) a especificidade desta sintomatologia;
- 3º.) o mecanismo patogênico da intoxicação.

A idéia de determinação de doenças por microorganismos também é produto do século XIX, com Pasteur, Koch e Klebs, que culminaram com o

desenvolvimento de uma relação uni-causal na determinação das doenças em que o agente x determina (ou é a causa) da doença y .

Assim refere-se KOCH (1972):

“cuando se puede demostrar, primero, que el parasito es detectable en cada uno de los casos de la respectiva enfermedad, y en circunstancias tales que corresponden a las alteraciones patológicas y al curso clínico de la enfermedad; segundo que nunca aparece en ninguna otra enfermedad como parásito casual o avirulento; y tercero, que es posible aislarlo perfectamente del organismo, y que, a menudo, después de propagado durante mucho tiempo en forma de cultivo puro, puede provocar nuevamente la enfermedad; entonces no pudo ser considerado más que como un accidente fortuito de la enfermedad ni tampoco pensarse, en estos casos, en ninguna otra relación entre el parasito y enfermedad, sino que el primero era la causa de la última”.

ENTRALGO (1950) considera que a orientação intelectual dos estudos etiológicos do século XIX foi baseada nos quatro famosos métodos da etiologia positivista de John Stuart Mill, como o foram os postulados de Koch. Da mesma maneira, CANGUILHEN (1971), demonstra a influência de Auguste Comte na Teorias de Medicina Experimental de Claude BERNARD (1965), que utilizava o termo determinismo, identificando-o como causalidade, afirmando que a medicina empírica deveria ser substituída por uma medicina baseada em certezas “a la cual llamo medicina experimental porque se funda en el determinismo experimental de la causa de la enfermedad”.

Desta maneira, a noção de causa em medicina no século passado já apontavam para a multicausalidade, como por exemplo os estudos de Chadwick sobre “The Sanitary Conditions of the Laboring Population of Great Britain”, em 1842.

Segundo CID (1972), a Medicina atual contempla o problema da etiologia segundo conceitos básicos. O primeiro é da multiplicidade dos fatores causais, adquirindo a forma de multicausalidade em Epidemiologia (ou rede de fatores causais) ou de constituição etiológica nos tratados de Patologia, e o segundo é a variedade dos fenômenos de reação diante dos distintos agentes etiológicos.

A Medicina Preventiva assume, dentro da História Natural das doenças, duas dimensões de causalidade, a epidemiológica enquanto determinação do aparecimento das doenças e o critério fisiopatológico enquanto evolução das mesmas.

A epidemiologia assume, como conceito de causa, a noção de associação, assim “se puede definir una asociación causal como la existente entre dos categorías de eventos, em la cual se observa um cambio den la freqüência o em la cualidad de uno que segue a la alteración del outro” (MACMAHON et alii, 1965).

Desta maneira, a primeira grande divisão entre as associações é realizada pela estatística, que discrimina os associados e não associados estatisticamente. Em seguida, os fatores associados compõem-se em uma rede de causalidade que “em su complejidad y ayen queda más allá de nustro comprensión”, porém que possibilita a orientação para uma prática de prevenção. Em seus últimos desenvolvimentos, a multicausalidade caminha para a construção de modelos causais ou modelos ecológicos que trabalham na determinação das infinitas relações entre as possíveis variáveis dos agentes, hóspedes e ambiente (SUSSER, 1973).

Portanto, a noção de causa em epidemiologia distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidades de essências, ou seja, iguala-se o estado econômico do paciente com o soro que permanece na seringas, com a higiene deficiente, com as características biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimento terapêutico, etc. Diferentes variáveis encontram a sua pertinência à estrutura através dos testes estatísticos e abrem um espaço infinito para novas associações.

A atual discussão sobre a teoria da causalidade começou com a crítica da escola céptica e empirista, que afirmava ser a categoria causal puramente gnosiológica, dependendo, portanto, de nossa experiência e conhecimento das coisas e não das coisas mesmo.

Este tipo de concepção foi afirmado por Locke, Berkeley, Hume e Kant, sendo que os três últimos afirmavam ser a causação somente uma relação que vincula experiência e não fatos.

BUNGUE (1965), analisando o princípio da causalidade na ciência moderna, coloca um espectro das categorias de determinação que, no mínimo, incluíram oito tipos: a autodeterminação quantitativa, determinação causal, interação, determinação mecânica, estatística, estrutural, teleológica e dialética.

Discutindo especificamente a idéia de causação múltipla, o autor considera que, quando o conjunto de determinantes é suficientemente complexo, esta

causação torna-se em determinação estatística; e ao assumir a forma de redes causais (ou redes de determinação) ela assume a linearidade que restringe a sua validade, mas que oferece um paraíso de simplificação, sendo “um tosco modelo del devenir real”, afastando as possibilidades das descontinuidades qualitativas.

O mecanismo pelo qual opera o conceito de causalidade na Epidemiologia e conseqüentemente na Medicina Preventiva é o do reducionismo, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias. Assim, a Medicina Preventiva liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes de causalidade.

Ao negar as diferentes formas de causação e suas relações múltiplas, a Medicina Preventiva transforma a Multicausalidade em uma nova forma de monismo causal, ou seja, aquele das redes de causalidade.

No período pré-patogênico devemos ainda analisar como articulam-se os fenômenos sociais, ou seja, qual o lugar dentro desta estrutura assinalado ao social e que tipo de visão de mundo implica nesta destinação.

No modelo original de Leavell e Clark, o social participa simultaneamente como fator causal, ligado ao Hóspede e ao meio ambiente, funcionando em ambos como um conjunto de caracteres ligados ao indivíduo, como status econômico e social, atitudes em relação ao sexo, etc., e instituições e estruturas sociais bem características de determinados agrupamentos, como família, comunidade, etc.

As críticas ao posicionamento do social neste modelo levaram-se a que se introduzissem modificações como as de NUNES (1970); AROUCA (1970); GARCIA (1971), que envolvem todo o paradigma pelo Contexto Social, econômico e cultural. Porém na realidade o que temos é uma nomeação do social, já que ele não aparece como um mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente referido, ou como um caráter dos indivíduos ou como um envoltório do modelo.

Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar, com BARTHES (1972), de mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, ao nível do discurso, transforma-se o social em mito. Entendendo como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os.

Assim, por exemplo, população e comunidade utilizadas como mito servem para neutralizar o conceito de classes, de interesses conflitivos, ou seja, estão

“encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos e das minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva”.

Da mesma maneira funciona o “contexto econômico e social”, como um mito na medida em que refere-se a eles sem coloca-los em um conjunto hierarquizado de determinações; ao iguala-los às categorias químicas, físicas e biológicas e fundamentalmente ao explicar o mecanismo de sua operação estamos retirando o seu conteúdo.

Porém não é somente na mitificação do social que o modelo da História Natural se esgota, já que a própria Medicina Preventiva, em sua emergência conceitual, surge como um mito através da adjetivação, que procura dar uma nova vida ao substantivo desgastado (a Medicina).

Assim o adjetivo (BARTHES, 1972) “pretende retirar do substantivo as suas decepções passadas, apresenta-lo como novo, inocente, persuasivo... o adjetivo confere ao discurso um valor futuro”, tremendo desgaste da medicina que já produziu a medicina preventiva, integral, compreensiva e de comunidade.

O segundo ponto fundamental da participação do social é a desteorização, resultado do mesmo mecanismo que produz a analogia entre as diferentes categorias causais, equivale às diferentes ciências. O social não guarda na História Natural relações diretas com a Teoria à qual ele está articulado, já que, como para as demais ciências, ela contribui com atributos aos elementos e não como explicação. O que está encoberto nesta relação é a convivência conflitiva entre as diferentes teorias do social e suas diferentes abordagens e conclusões, já que, por exemplo, não existe identidade entre categorizar indivíduos segundo sua renda, escolaridade, profissão, etc., afirmar uma estratificação social por um lado, e pelo outro afirmar a sociedade dividida em classes, segundo as posições que os sujeitos ocupam no processo produtivo e a pertinência de indivíduos a estas classes.

Assim, dentro da primeira abordagem, o social é atributo, e assim ele é colocado na História Natural, na segunda o social é princípio vinculado ao conceito de trabalho (que na primeira aparece como ocupação). De forma tal que a dimensão privilegiada do social é o atributo individual, em detrimento da determinação estrutural e das relações sociais.

O terceiro ponto refere-se às condutas sistematizadas nos níveis de prevenção, já que elas conduzem a organização social da prática médica, ou seja, a Medicina enquanto instituição social. Por não possuir uma teoria que discuta a

articulação da Medicina com a sociedade, e por ser em um primeiro nível um discurso-adjetivo, a História Natural distribui as técnicas e as condutas em um espaço de neutralidade, como se as mesmas tivessem uma equivalência de valor de troca dentro de uma sociedade capitalista.

Portanto, o mecanismo implícito é o estabelecimento de uma conduta em geral que neutralize o valor de troca diferencial que a mesma assume e que privilegie o seu valor de uso como tendo o sentido da prevenção. Trata-se, portanto, de continuar sobrevoando as coisas e negar a realidade do cuidado médico como mercadoria.

Em último lugar, devemos referir ao conceito de história envolvido neste paradigma. Já nos referimos a sua naturalização, trata-se agora de identificar os demais níveis. Assim, o homem é colocado com seus atributos em um ponto, não é o homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa também a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto de seus atributos que se transforma em fatores de morbidade.

As técnicas (condutas) e os objetivos da Medicina, classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço da sua neutralidade, são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade.

Assim, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e metamorfoseou-se em mito, na medida em que uma das funções do mito é exatamente fazer desaparecer a história do seu objeto, ao tornar-se mito o que desaparece é a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as geometrizações deste espaço contraditório da saúde e da doença.

CAPÍTULO V

OS CONCEITOS ESTRATÉGICOS

Discutindo o papel do Departamento de Medicina Preventiva, TOBAR (S.d.) exprime os objetivos deste movimento:

“... a missão primordial da Medicina Preventiva, através do correspondente Departamento, consiste em divulgar, promover e converter em prática o alcance da Medicina integral”.

Qual a organização deste movimento, que encontra em cada um dos seus membros um militante de um projeto, que estabelece na troca de experiências um novo conjunto de relações sociais, que permeia e cimenta as organizações nacionais na busca da internacionalidade?

Procuraremos analisar esta organização através do estudo dos seus conceitos estratégicos, ou seja, daquelas noções que remetem diretamente a uma prática e que especificam diferentes níveis de instituições sociais, onde a Medicina Preventiva existe como uma prática social.

1. A INTEGRAÇÃO

O conceito de integração estabelece a relação da Medicina Preventiva com a totalidade da escola médica, sendo uma proposta de trabalho conjunto com outras áreas, para a consecução dos objetivos preventivistas. Como uma proposta de trabalho,

o conceito de integração tem implícita a idéia de um processo que apresenta um duplo valor estratégico.

Em primeiro lugar, para a formação da atitude preventivista nos estudantes, já que as mesmas concepções, apresentadas por uma diversidade de docentes, reforçariam a vinculação por um mecanismo de repetição e por apresentar a ideologia preventivista como a própria ideologia da escola médica. Em COLORADO SPRING (1953b) considera-se a importância estratégica do processo:

“The body of knowledge and skills and measurement and application that it has accumulated gain broader value in proportion to the extent to which they are used in other fields of medicine should be regarded as a cooperative interprise within the medical school...”

Em segundo lugar, o trabalho conjunto permite o desenvolvimento, nos próprios docentes da escola médica, da atitude preventivista, através de um efeito-demonstração do valor destas atitudes no interior da própria prática médica. Esta idéia é apresentada na décima reunião de ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (1973a):

“O médico começa a sofrer a influência de um grupo de profissionais, principalmente os da Medicina Preventiva e Social, havendo, portanto, uma mudança de mentalidade”.

SMILLIE (1947) estuda as dificuldades encontradas para a integração da Medicina Preventiva:

“Integration of teaching also represented criticism of existing clinical teaching. Thus the major objections to integrate teaching, as it has been proposed by departments of preventive medicine, may be summarized briefly:

- 1- The Department of Preventive Medicine was encroaching as well defined and well established divisions of university teaching.
- 2- Integration tends to break down departmental boundaries and thus diverts the student from the great importance of each special field.

- 3- The plan places too great emphasis on theoretical materials with lack of practical balance in teaching program.
- 4- Integration weakens research, which can only be undertaken successfully in firmly established special departments.
- 5- It instigate against proper training in special fields.
- 6- Incorporation of preventive medicine in clinical teaching is not a special activity of one department of a medical school. Rather it is the responsibility of each functional department to teach prevention of disease as part of its own instruction.

TAYLOR (1957), analisando o ensino da Medicina Preventiva em várias regiões do mundo, conclui que, apesar das diferenças, existe uma série de princípios básicos e, entre eles, o da integração. Chegou-se a conclusão idêntica no ENCONTRO de DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (1973b) que, apesar das divergências quanto à definição do próprio campo da Medicina Preventiva, e, conseqüentemente, dos seus objetivos, havia um consenso geral quanto ao seguinte:

“1º.) O ensino da Medicina Preventiva deve estar integrado com o ensino de outras disciplinas.

2º.) Deve-se evitar que os departamentos de Medicina Preventiva hiper-desenvolvam atividades médico-assistenciais e didáticas de modo a se hipertrofiarem, transformando-se quase em ‘faculdades a parte’ (uma Escola Médica ‘Adequada’ em oposição à Escola Médica ‘Inadequada’).

3º.) deve-se contar, progressivamente, com docentes de outras disciplinas do curso médico que tenham em sua prática profissional e didática o mesmo enfoque preventivo e social”.

Para concluir, após discutir brevemente a função da escola no mundo contemporâneo:

“A Medicina Preventiva, é, portanto, dentro da escola médica, a área mais exigente com relação à integração, porque seus objetivos gerais visam primordialmente à criação de novas atitudes, que devem estar incorporadas à prática de todos os

médicos e não serem exclusivas de ‘especialistas preventivistas’”.

O primeiro informe do COMITE DE EXPERTOS de la OPS/OMS (1969), en la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social deu ênfase à responsabilidade dos Departamentos em procurar uma integração dos cursos de Medicina Preventiva com outros cursos da formação médica.

A integração dentro do contexto preventivista não possui a idéia de disciplinaridade conduzida por PIAGET (1973), que analisa as formas de integração do conhecimento desde a multidisciplinaridade até à transdisciplinaridade que se faz em um sistema comum axiomático e um emergente padrão epistemológico.

Não é no plano do conhecimento que a integração opera, mas, sim, no plano estratégico, em que integrar-se é colocar o mesmo discurso em uma multiplicidade de pontos, e, em última análise, é obter o consenso que é o fundamento da mudança almejada.

Assim, a integração caminha pelas suas formas no pleno espaço da criatividade, em que o mundo da educação médica divide-se em aliados, suscetíveis e resistentes, na procura de novos métodos e técnicas, nas descrições detalhadas de vitórias e fracassos, em seminários de relações humanas, grupos terapêuticos, etc.

A integração coloca no discurso, ao nível das relações entre docentes, um campo estratégico de batalha política, em que as relações sociais são colocadas em suspenso, bem como as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social. Movimento político de idênticos que não são movidos por interesses, conflitos e contradições, mas, sim, por uma “presença-ausência” de atitudes.

Operação de analogia-diferença, que permite, inicialmente, afirmar a diferença, enquanto institucionalização dos departamentos, em um espaço social e discursivo definido, para, logo em seguida, afirmar a identidade diante de uma medicina que é a única e não-existência de preventivistas e da Medicina Preventiva. Unidade que só se torna possível diante de uma “nova atitude”, ou seja, a Medicina Preventiva propõe o seu próprio desaparecimento quando a medicina confundir-se com ela e seus praticantes com sua prática.

Portanto, o conceito de integração define e avalia uma estratégia política de transformação da medicina pelo ensino médico, luta prática que se faria não pelo controle do poder, mas, sim, pela formação de uma consciência difusa que levaria ao

consenso, em um processo de transformação natural diante de um discurso, de um contato cotidiano, enfim, diante de um testemunho dos caminhos inexoráveis da medicina, do qual os preventivistas são os profetas.

As proposições básicas contidas no conceito de integração são:

1º.) Os sistemas de idéias-representações e de atitudes comportamentais dos sujeitos da educação médica podem ser modificados a partir de um trabalho conjunto com os preventivistas.

Esta proposição, que fundamenta a possibilidade da mudança das consciências dos sujeitos da educação, através de uma prática e de um contato revelador, na realidade nega as determinações estruturais sobre as consciências individuais. Assim, as representações que fundamentam o ensino médico em disciplinas que, em última análise, referem-se à própria organização da prática médica legitimada, ou seja, a medicina especializada.

O desenvolvimento do conhecimento médico e a crescente divisão técnica e social do trabalho fizeram com que, cada vez mais, a prática médica fosse dividida em especialidades e sub-especialidades. Tal divisão, assumida ao nível do ensino, representa as próprias relações que a escola mantém com a prática da medicina e com a organização do conhecimento médico, de tal forma que as representações que fundamentam estas relações e que possibilitam a sua reprodução estão contidas nos sujeitos do processo de ensino, na forma de agentes suportes da instância ideológica.

Portanto, de uma forma geral, não existindo contradições básicas dos agentes com suas práticas e representações, a viabilidade de uma mudança de consciência, mantendo-se as determinações estruturais, é extremamente limitada, derivando disto a convergência para o discurso preventivista dos conceitos derivados de outros domínios, como a Psicologia, Relações Humanas, Pedagogia, etc.

2º.) O conceito de integração privilegia a noção de sujeito, olvidando o mundo das relações.

Decorrendo da proposição anterior, o discurso privilegia a noção de um sujeito singular, que se define na posição assumida em relação ao projeto preventivista, seja de adesão, resistência, simpatia ou apatia.

Segundo GARCIA (1972), ao considerar-se a educação médica como totalidade, é estabelecida uma série de relações no interior desta totalidade, que define a função de cada elemento diante do todo.

A centralização sobre um sujeito definido na sua relação com o projeto esquece o conjunto das relações técnicas e sociais que posicionaram este sujeito, bem como o funcionamento da ordem institucional que reproduz o modo de produzir médicos.

Finalmente, a noção centralizada sobre os sujeitos da educação médica, coloca-se como os “outros”, diante do universo preventivista, de tal forma que os próprios preventivistas são retirados deste complexo de relações, não considerando que eles próprios acham-se posicionados neste complexo ideológico, contribuindo para a sua reprodução.

O conceito de integração propõe um trabalho coletivo no interior de uma profissão essencialmente individualista.

O fundamental da prática liberal é o encontro do médico em suas singularidades, em suas independências de escolha e nas suas responsabilidades individuais, de tal forma que o processo de trabalho médico se caracteriza por ser um trabalho essencialmente individual, mesmo quando é realizado em termos de equipe.

O ensino médico, basicamente, assume, em seu ciclo clínico, as características da forma de trabalho médico, ou seja, essencialmente individual, com limites de responsabilidade estreitamente definidos no interior de cada especialidade. Assim, a proposta de um trabalho coletivo somente poderia ser realizada através de uma redefinição da forma de trabalho médico ou, então, preventivistas e não preventivistas encontram-se envolvidos por uma ilusão de trabalho coletivo na realização concreta de um trabalho parcializado.

2. A INCULCAÇÃO E A RESISTÊNCIA

A Medicina Preventiva estabelece uma relação com os estudantes através do conceito de inculcação, que representa o processo pelo qual as atitudes preventivistas são formadas nos futuros sujeitos do cuidado médico. Portanto, este conceito olha para a realização da Medicina Preventiva como uma prática futura fora do espaço acadêmico. Vejamos algumas das colocações a este respeito:

“How can proof be offered and claims made that preventive medicine, or any other discipline, is responsible for the inculcation of specific attitudes? We make no such claim, but believe rather that our teaching can contribute to realization of

the previously quoted objectives of medical education, in helping the student develop sound attitudes: ‘of viewing individuals in their entirety as complex human beings in a complex and change environment’ and ‘of seeking ways to promote and maintain patients health, understanding that is more effective to prevent disease than to cure it’”.

“Our special place in medical education is the incorporation of preventive medicine in clinical practice” (COLORADO SPRING, 1953b).

“Es de suma importancia inculcar en la mente del medico los conceptos de ordem preventive, en igual nivel y en armonía com los del diagnóstico y el tratamiento”.

“Crear en el futuro médico la consciência de la función social de su profesión” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1956).

“Incorporación de los seguintes valores y actitudes em su manera de pensar y actuar: actitud preventiva, epidemiológica, social y actitude educativa y de equipo” (COMITE DE EXPERTOS de la OPS/OMS, 1969).

A idéia de inculcação (incorporação, conscientização) perfura o espaço para novas configurações, em que as representações da aprendizagem definem o seu lugar. O conceito fundamental que centraliza esta nova geometrização é o de contato, que amplia para o social o poder da “mirada clínica”.

O contato é visto como a penetração em um espaço da realidade, que é vedado à observação no cotidiano, realidade que esta oculta, mas que, simultaneamente, é transparente a quem a observa, a quem rompe os muros que a protegiam. Como base deste conceito, está a noção de que o hospital é um campo restrito de observação, de baixa aderência à realidade, mas, além disto, a noção

sensualista de que o contato abre a possibilidade do conhecimento, da percepção e da afetividade.

Desta maneira, este conceito joga simultaneamente o papel de conseqüência e solução, de forma tal que a ausência da atitude preventivista é efeito de um contato com uma realidade restrita, recortada, e a incorporação desta atitude requer um contato ampliado. Assim, o contato permitiria o encontro dos sujeitos com uma realidade que lhes é externa e, naturalmente, provocaria uma ação ou um compromisso com as tensões existentes nesta realidade, ou seja, o externo seria internalizado. A dialética entre o externo e o interno não dependeria das suas constituições históricas, mas, sim, de um contato gerador de sínteses.

A operacionalização destes conceitos se fez nas mais diferentes formas de visitas, sejam domiciliares, a instituições de saúde pública, a órgãos de saneamento, etc. Centralizando nosso estudo sobre a visitação domiciliar, que caracterizou durante longo tempo os departamentos de Medicina Preventiva, vemos que o seu objetivo “... é permitir ao estudante, além de trabalhar em ambiente intra-hospitalar, tomar contato com pacientes no próprio ambiente familiar e analisar a série de fatores do meio, que interferem no seu estado de saúde” (ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA, 1969).

“É preciso que o estudante de medicina tome contato com os recursos médicos existentes na comunidade... e além de doentes é necessário que o estudante tome contato com a população em geral, onde existem pessoas doentes e sadias, não se esquecendo de que a melhor medicina seria aquela com uma função social ampla” (ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA, 1970a).

“A comunidade seria verdadeiro laboratório no ensino médico, semelhante à enfermagem hospitalar, as em contato com os doentes e suscetíveis na vida real, no domicílio, nas escolas, nas fábricas, etc., sem os critérios de admissão hospitalar” (ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA, 1970c).

A inculcação da atitude preventivista estaria dependendo de uma sensibilização dos seus objetos (os estudantes), através de uma experiência perceptiva. Não se trata, evidentemente, de discutir o conteúdo destas atitudes, mas a sua forma de incorporação. A experiência perceptiva dada pelo contato possibilitaria uma representação do mundo, na qual o conjunto destas atitudes seria coerente. Como passo seguinte, o sujeito-atitude se transformaria em um agente de mudança daquela realidade percebida. Desta forma, a realidade conteria em si a representação do mundo, que justificaria as atitudes e também a sua própria mudança.

Neste discurso existem duas concepções: a primeira, relativa à relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, que seria do tipo mediato, contagioso. O conhecimento acha-se inscrito no objeto, pronto a ser desvendado mediante um contato apropriado, o desconhecimento é a ausência do contato; a segunda refere-se ao aprendizado, na medida em que a representação do objeto é apreendida no próprio ato do conhecer, as ações decorrentes seriam reflexos desta apreensão compulsiva.

A regra discursiva que opera é a da redução do espaço social onde se movem os indivíduos; a mesma categoria da observação clínica, ou seja, é uma leitura clínica do espaço social, que é submetida às mesmas regras de percepção. Assim, os formulários de visitas domiciliares obedecem à estrutura das histórias clínicas. A Medicina Preventiva lê a sociedade com uma semiologia liberta da fisiopatologia, repetindo o mesmo processo com a aprendizagem. Como um exame clínico leva a um diagnóstico e a uma terapêutica, a leitura do espaço social deveria levar a um conhecimento e a uma ação.

Justapondo-se a este esquema, a Medicina Preventiva fornece também uma leitura probabilística (ou estatística) dos fenômenos que têm como função a formalização da experiência clínica em termos racionais e a instrumentalização do salto do caso individual ao coletivo.

O COMITE DE EXTERTOS de la OPS/OMS (1969) destacou a “...necessidad de buscar medias y métodos para fomentar mayor interes em los alumnos por estas matérias y vencer asi la resistênciã hacia ellas, favorecida por la conformación general de los planos de estudio y el carácter curativo tradicional de la medicina”. O que ressalta nesta análise é a emergência do conceito de resistênciã, que forma um par com o de contato.

Assim, a resistênciã desenvolve-se (ou emerge) na dimensão do contato, de forma tal que se configura como uma barreira ao entendimento e à percepção tanto

do conhecimento como da realidade. Já não se trata de uma relação mediata e transparente; o sujeito da relação opõe-se ao contato revelador, exigindo a definição de uma estratégia que derrube a barreira. Desta maneira, exige a necessidade de um discurso sobre as técnicas de mudança, ou seja, torna-se necessário estabelecer a aprendizagem como objeto do discurso, que privilegia, porém, a técnica que possibilitaria esta aprendizagem.

Surge, dentro do discurso preventivista, o discurso pedagógico. Assim, as aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, introduzirem-se os seminários, as discussões de grupos, a aprendizagem ativa, os recursos audiovisuais. Sugerem-se tipos de aprendizagem ativa, dinâmica, etc.

Forma-se, portanto, uma imagem triangular, em que os lados são o contato, a resistência e a inculcação; a tentativa seria na oposição entre o contato e a resistência; a inculcação desviaria o equilíbrio no sentido do contato que criaria a atitude e o instrumento da inculcação seriam as técnicas educacionais, a integração multidisciplinar, o planejamento curricular.

A Medicina Preventiva estabelece a relação com dois campos discursivos: por um lado, o da prática médica, que exige os conceitos de saúde, doença, medicina compreensiva, de comunidade, integral, etc., e, pelo outro, o da educação médica, com as noções de currículo, integração, aprendizagem, etc. Em síntese, o plano discursivo da Medicina Preventiva é um campo múltiplo de emergência de objetos, de reorganização de conhecimento, de tensão teórica.

Quais as relações extra-discursivas que se relacionam com estas tensões, que coexistem com a resistência e com a inculcação, ou seja, que no mundo não-discursivo das práticas concretas dos homens operam nas regras deste discurso?

1ª. Tese: A escola reproduz e perpetua as desigualdades sociais.

Segundo BORDIEU e PASSERONI (1964), o mecanismo ideológico que opera dentro da educação é transformar as desigualdades sociais em desigualdades naturais e de dons. Este tipo de ideologia é denominada pelos autores de Ideologia Carismática, porque ela valoriza os dons individuais, que nada mais são que a legitimação dos privilégios culturais transmitidos (ou herdados) socialmente. A esta ideologia agrega-se uma ideologia Apologética que permite às classes privilegiadas, principais utilizadoras do sistema educacional, verem neste processo a confirmação dos seus dons naturais.

Desta maneira, a escola realiza uma seleção de dons que, operando junto com fatores econômicos, como entrada precoce na força de trabalho, desnutrição, etc., seleciona os seus estudantes segundo sua origem de classe, de tal forma que, ao chegar-se à Universidade, deparamo-nos com uma população ultra-selecionada.

Em BAUDELLOT e ESTABLET (1971), a escola, e principalmente a primária, tem como função a inculcação ideológica e a seleção material da população, reafirmando a composição clássica da sociedade. ALTHUSSER (1973), dentro do mesmo modelo, coloca a escola como pertencendo ao aparelho ideológico do Estado, com a função de concorrer para a reprodução das relações de produção, fornecendo indivíduos para os diferentes papéis desta produção, bem como os seus intelectuais.

LAGRANCE (S.d), discutindo os trabalhos anteriores, considera que a função do sistema de formação em termos de qualificação da força de trabalho, como também em relação às exigências da divisão do trabalho em termos de, no mínimo, proporcionar uma formação geral, para concluir que a escola atua diretamente, instaurando entre as escolas de formação que perpetuam a hierarquia social.

A Medicina Preventiva encontra-se, portanto, no ponto máximo da seleção social realizada pela escola, em que os indivíduos já se afirmaram apologeticamente como possuidores dos dons exigidos para a ascensão social. Através da profissão, ultrapassaram todos os sistemas de seleção e encontram-se no ponto de transformarem estes dons em valor de troca.

Dentro desta perspectiva é que se realiza o contato. De um ponto de vista de classe, os estudantes “miram” o real, real que não conheciam por não fazer parte do seu espaço social, real que foi conhecido como paisagem e não como vida.

Se a escola mascarava a desigualdade social pela desigualdade dos dons, a medicina mascara esta mesma desigualdade, primeiro, tentando neutralizar a posição classista de seus agentes com a “atitude preventivista” e, segundo, neutralizando o posicionamento ideológico destes mesmos agentes em contato com as outras classes (as vilas da miséria, os bairros, etc.), através de uma resistência devida à medicina curativa, ou à deficiência dos instrumentos educacionais.

Retomando, qual o mecanismo lógico que se opera neste primeiro nível? Em primeiro lugar, a divisão da sociedade em classes estratifica a morbidade e o acesso aos serviços de saúde e destina um espaço social para estas populações; em segundo lugar, a escola seleciona socialmente os seus estudantes, concentrando nas universidades os grupos privilegiados para, finalmente, a Medicina Preventiva,

mantendo os privilégios dos segundos, pretender que estes estabeleçam um compromisso com os primeiros, definido em uma atitude social e, neste ponto, encontra uma resistência que (mascarada a sua origem de classe) deve ser resolvida ao nível da técnica educacional.

Portanto, a Medicina Preventiva tenta um reencontro entre os possuidores e não-possuidores, que leva analogicamente à solução de desenvolver os dons ausentes na população, através da educação, da mesma educação da qual já foram excluídos.

2^a.) Tese: A educação, como forma de reprodução das relações sociais, opera como um mecanismo de violência simbólica.

BORDIEU e PASSERON (1970) estabeleceram uma teoria da educação como processo de reprodução das relações sociais, baseado no conceito de violência simbólica, que representa uma ruptura com todas as concepções espontaneistas da educação como uma ação não-violenta. Os fundamentos desta análise são:

a) O caráter duplamente arbitrário da ação pedagógica, que representa objetivamente uma violência simbólica, enquanto que imposição por um poder arbitrário de um arbítrio cultural.

Neste sentido, toda Ação Pedagógica é, num primeiro nível, violência simbólica, enquanto o fundamento do poder arbitrário são as relações de força entre os grupos e as classes sociais de uma dada formação social, sendo este poder a condição da imposição e inculcação de um arbítrio cultural.

No segundo sentido, a Ação Pedagógica é violência cultural, quando delimita e seleciona aqueles conteúdos que devam ser reproduzidos, sendo esta seleção de um grupo ou de uma classe social.

Desta maneira, através de seu duplo sentido, as Ações Pedagógicas cumprem a função social da reprodução cultural, devendo ser determinado que, em uma dada formação social, existe um tipo dado de Ação Pedagógica, que é dominante, que tende a reproduzir os arbítrios culturais que são características desta formação social e que contribuem, portanto, para a reprodução das relações de força que colocaram este arbítrio em posição dominante.

b) Em uma formação social dada, toda ação pedagógica em exercício necessita de uma autoridade pedagógica, de forma tal que os receptores reconheçam sua

legitimidade, recebendo e interiorizando a sua mensagem. Existindo uma legitimidade dominante, existe, portanto, um modo de imposição legítimo, exercido por educadores legítimos a legítimos destinatários. Assim, “elle reproduót lês principes fondamentaux de l’arbitraire culturel qu’un groupe or une classe produit comme digne d’être reproduit...” (BOURDIEU e PASSERON, 1970).

c) a ação pedagógica, nestes termos, implica em um Trabalho pedagógico que deve produzir um habitus, através da inculcação, como produto da interiorização dos princípios, de um arbítrio cultural, devendo perpetuar, na prática, estes princípios interiorizados.

A produtividade deste trabalho pedagógico é medida por:

C1 = grau de inculcação obtido, ou seja, o seu efeito de reprodução;

C2 = grau em que o habitus é duradouro, ou seja, o seu efeito de gerar práticas conforme os princípios interiorizados;

C3 = grau em que o habitus é transferível, ou seja, o efeito de gerar práticas conformes, num número grande de campos diferentes;

C4 = grau em que o habitus é exaustivo, ou seja, o efeito de reproduzir o mais completamente, na prática, os princípios de arbítrio cultural.

É importante situar que um modo de inculcação determinado caracteriza-se pelas relações que ele mantém com outros modos de inculcação, visando à substituição completa de um habitus por outro (conversão) e modos de confirmar a reforçar habitus primários.

d) Finalmente, todo sistema institucionalizado de ensino tem como característica específica o fato de possuir internamente recursos para a auto-reprodução da instituição, necessária para o trabalho de reprodução cultural, que contribui para a reprodução das relações sociais existentes. Dependendo da sua auto-reprodução, o sistema tende, de acordo com a sua autonomia relativa, a reproduzir com retardo as mudanças havidas no arbítrio cultural, mas sempre sob a aparência de neutralidade, flutuando sobre os conflitos de classe.

Colocando o Preventivista dentro deste campo de violência simbólica, devemos, inicialmente, situar o discurso médico como um todo. Assim, o grupo médico, através dos professores que exercem uma autoridade pedagógica, seleciona um dado arbítrio cultural que, no caso específico, representa aqueles conhecimentos que enfocam a doença como episódio e os fundamentos para a sua compreensão, ou seja, seleciona-se

um conjunto de conhecimentos que se distribuem em um currículo, reconhecendo os receptores a legitimidade deste conhecimento, na medida em que o mesmo esteja ligado à prática Médica legitimada.

Portanto, em um primeiro nível, a Ação Pedagógica médica encontra o seu poder nas relações mantidas entre o grupo médico e as classes sociais hegemônicas, na medida em que estas reconhecem a sua prática como legítima. A seguir, os docentes selecionam o arbítrio cultural que promoverá a reprodução da relação anterior, dentro de sua autonomia relativa que, às vezes, pode produzir os atrasos culturais do ensino.

Desta forma, o modo de imposição legítimo é aquele que perpetua e reproduz o grupo médico como tal, em sua relação com as classes, que vem articular-se perfeitamente com o grupo de estudantes selecionados como herdeiros da cultura.

Como resultado desta ação pedagógica, através do trabalho pedagógico cria-se um habitus que corresponde à visão da medicina liberal, episódico, terapêutico e biológico, que revela a produtividade deste trabalho na reprodução contínua destes profissionais com estes habitus. Todo este processo dentro da escola médica adquire o caráter de natural e de neutralidade, sendo este o próprio fim e objetivo da escola médica.

Dentro deste quadro, o discurso preventivista representa a emergência de uma nova violência simbólica que, dependente, articula-se com a dominante. Assim, seleciona um novo arbítrio cultural que se encontra ausente e ocupa a mesma autoridade pedagógica, somente que esvaziada de fundamento de sua força. As relações primárias do grupo médico com as classes sociais e, em função disto, a produtividade de seu trabalho pedagógico é baixa na criação de habitus duradouros, transferíveis e exaustivos, ou seja, com baixo grau de reprodutibilidade.

Assim, ao propor um arbítrio cultural que modificasse a prática médica e, portanto, não contribuindo diretamente para a reprodução das relações existentes, o discurso preventivista funciona como uma violência simbólica dependente e dominada, que propõe tornar-se o modo de inculcação dominante. Porém, isto só sucederá na modificação das relações do grupo.

Nossa tese é que, dentro da autonomia relativa do sistema educacional, ele gera conjuntos simbólicos alternativos que, possuindo uma baixa produtividade do seu trabalho pedagógico, se oferecem como alternativas de mudança das práticas correspondentes, respondendo a novas exigências destas práticas, através de uma reorganização de conteúdos e de uma reinterpretação destas práticas. A ascensão destes

conjuntos alternativos e dependentes a conjuntos dominantes dependeria de mudanças ocorridas nas próprias relações sociais que fundamentam estas práticas.

Dentro desta idéia, refere-se CANGUILHEN (1971):

“La reforma de la medicina como teoria descansa a su vez sobre la reforma de la medicina como práctica: em Francia – como tambien en Áustria – está estrechamente vinculada com la reforma hospitalaria. La reforma hospitalaria como la reforma pedagógica expresan una exigência de racionalización que aparece igualmente em política, así como aparece em la economia bajo el efecto del naciente maquinismo industrial, y así como desemboca por último em lo que se há lhamado después ‘normalización’”.

3. A MUDANÇA

Na 4ª. Conferência Panamericana de Educação Médica, o presidente da Federação abre os trabalhos com o tema “Cambio y Educación Médica” (SANTAS, 1972), afirmando:

“Cuando hablamos de câmbios debemos previamente determinar com precisión los objetivos y, recién después elaborar la estructura para obtenerlos. Ambos pasos exigen imaginación, creatividad y corage. Sin esos elementos no pretendamos innovar”.

Não se discute, aqui, a mudança como resultado de uma prática política que transforma determinadas relações sociais, da mesma maneira que integração não era um novo perfil epistemológico, mas, sim, é um conceito que estabelece a relação discursiva entre a estrutura básica da Medicina Preventiva tal como foi pensada nos Estados Unidos e uma nova realidade sócio-econômica que choca o discurso.

Assim, diante da organicidade do discurso preventivista, enquanto articulado em novas formas de relações internacionais, o conceito de mudança deve amortecer, ao nível dos agentes, o efeito demonstrativo das estruturas sociais, na medida em que este é definido como um “agente de mudança”.

Conceito este que se filia na linha direta da ideologia da modernização, que é uma das variantes das Teorias de Desenvolvimento, em que este conceito exerce também um papel fundamental, já que o requisito mínimo para “... la existência de cualquier sociedad ‘industrial moderna’ consiste en la ‘secularizacion’ del conocimiento científico, la tecnología y la economía” e a “institucionalização” das mudanças é um dos componentes básicos deste processo de secularização (GERMANI, 1969).

Frente às determinações sociais, e, em particular, frente à miséria dos povos latino-americanos e seu baixo nível de vida, a idéia de uma possibilidade de mudança, que esteja ligada ao sujeito isolado em sua prática quotidiana, é que possibilita a manutenção da atitude preventivista. Assim, o médico pode e deve continuar em sua prática privada, em sua especializada, porém munido de uma atitude que amplie as suas responsabilidades sociais e torne potencialmente cada indivíduo em seu paciente em um dado ambiente, porém manter no horizonte a possibilidade de que suas ações levem a uma mudança social, melhorando as condições de vida da coletividade.

Porém, na realidade, não é da mudança enquanto relação social concreta de que fala o discurso preventivista, mas do seu conceito abstrato, que tem a sua existência somente na materialidade do próprio discurso.

Neste instante, devemos perguntar: quais as proposições fundamentais envolvidas no conceito mudança?

1ª. Tese: Os sujeitos fazem a história.

O entendimento do conceito de mudança pressupõe um conceito de história. Quando a Medicina Preventiva, na América Latina, propõe-se a formar “agentes de mudança”, está assumindo que estas mudanças podem ser realizadas por sujeitos independentes, que, diante de uma opção e liberdade, fazem a história.

Durante a Idade Média, a concepção que se tinha era de que Deus fazia a história segundo as leis da Providência. Posteriormente, no século XVIII, Deus é substituído pela Razão, que move a história pelas leis da Razão e Liberdade. A revolução burguesa instituiu o conceito de cidadão no seu duplo aspecto de particular e universal, colocando o homem como centro da história, assim “a relação social é escamoteada: ... ‘o homem’ é livre e faz a história por natureza” (ALTHUSSER, 1973b).

Entendendo que os indivíduos estão submetidos às determinações das formas históricas das relações sociais de produção e reprodução, eles só agem sob estas determinações, de tal forma que afirmá-los pura e simplesmente como agentes de mudança representa, de um lado, neutralizar conhecimento das determinações e, de outro, na ausência destes conhecimentos, a impossibilidade da própria mudança.

Esta concepção da mudança (e da história) tem, evidentemente, relação com uma teoria do conhecimento, que, afirmando determinados princípios gerais, não demonstráveis, deduz o comportamento natural dos indivíduos diante destes princípios e prescreve a sua forma de agir diante do mundo concreto. Trata-se pois, realmente, de uma inversão ideológica, em que os homens são colocados de pernas para cima, construindo representações mitificadoras do real, conhecimentos que em si são desconhecimentos.

Como decorrência, a idéia de mudança afirma sua segunda proposição:

2ª. Tese: A autonomia do setor.

A multicausalidade é absorvida no espectro de atuação deste sujeito agente da história, que pode polarizar situações, definir problemas, coordenar soluções através da integração institucional, vagar por cima das classes sociais e levar, finalmente, às mudanças. Assim, o setor saúde pode, através da prática dos seus agentes, não somente mudar-se, mas também mudar o social.

Novamente funciona, no âmbito discursivo, a inversão das categorias: não é a medicina articulada com as instâncias sociais e sobre-determinada pela instância dominante – é uma relação de iguais, os setores são idênticos, não hierarquizados no círculo das determinações em que os homens – atitudes movem a história. Portanto, trata-se de afirmar a neutralidade do setor médico em relação às determinações, de afirmar a não-articulação; se o homem é livre, a medicina é neutra e independente.

3ª. Tese: A neutralização das relações.

Finalmente, como regra do discurso, se a medicina é um setor neutro, e os homens são livres e portanto aptos a incorporarem uma nova atitude que leve a mudanças nas condições concretas da vida, e os médicos podem assumir o papel do

agente de mudanças, trata-se agora de neutralizar as relações com a população, vendo-a também como um grupo homogêneo em que as contradições são neutralizadas.

Assim, não se trata de uma medicina articulada com os grupos hegemônicos cumprindo um papel produtivo na manutenção, reprodução da força de trabalho, mas, sim, de objetivos de mudança dentro de um setor, dirigindo-se a uma massa neutralizada.

A história move suas rodas não pelo desenvolvimento das contradições no interior da sua totalidade, mas sim pelo trabalho dos homens na conscientização de valores universais e naturais em que estes homens encontram-se como iguais, somente em condições sociais diferentes.

4. O ESQUEMA EVOLUTIVO

Através de nossa análise, tentamos demonstrar como a Higiene, em sua dupla dimensão de pública e privada, propunha a solução dos problemas da área de saúde, através da participação do Estado e do indivíduo que, assumindo um comportamento orientado por uma cultura higiênica caminharia para a morte natural. Foi o tempo em que se privilegiava a distribuição de um conhecimento que colocava normas à vida.

A Medicina Preventiva substitui a Higiene, fazendo uma leitura liberal dos novos problemas surgidos após a grande depressão, redefinindo o papel do médico diante de um novo espaço social. Ao assumir esta posição, a Medicina Preventiva converte-se em uma atividade normativa, no sentido em que norma é a tradução latina de esquadra, assim ‘... una norma, una regla es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderejar’ (CANGUILHEM, 1971).

Desta forma, a Medicina Preventiva coloca-se como uma norma para a educação e a prática médica e, sendo norma, ela assume o seu papel dinâmico e polêmico, já que deve colocar uma exigência, uma ordem a um conjunto de acontecimentos e qualificar negativamente aquele conjunto que não é absorvido na sua extensão.

Porém, colocar-se como norma não significa impor-se como norma, e, assim, o normal é a existência e a exibição da norma, em que o real é referido a valores que “expressam discriminaciones de cualidades conforme a la oposición polar de una positividad y una negatividad” (CANGUILHEM, 1971).

Dentro deste contexto, a Higiene representa a normatividade sobre o cidadão e a Medicina Preventiva sobre o profissional, porém a própria existência da norma traz em si um projeto do normal, que sirva como demonstração da norma.

Se, em uma primeira fase, a Medicina Preventiva, através do contato, pretendia a realização de uma inculcação, mantendo em suspenso a idéia da prática política, o desenvolvimento de suas práticas levou a um desdobramento do conceito de contato para um projeto do normal.

O contato estabelece uma relação com a população de acontecimentos, que justificava a regra. Assim, a observação da dinâmica da doença no interior de uma família, justificava a ampliação das responsabilidades sociais da medicina, porém não exibia nem demonstrava a própria norma em operação, ou seja, não exibia o normal.

Assim, surgem os projetos de Medicina Comunitária, em que se busca a objetivação da norma, em que a negatividade é excluída e só é possível enquanto infração, em que o real é ordenado segundo um conjunto de valores em que a prática em um determinado espaço é normal, ou seja, trata-se da operacionalização-demonstração do discurso preventivista na tentativa de romper os muros de sua institucionalização para o espaço aberto do real, que, porém, é recortado e controlado nos limites da experiência.

Assim, os projetos de Medicina da Comunidade (FEDERAÇÃO PANAMERICANA DE ASSOCIACIONES DE FACULDADES DE MEDICINA, 1973) referem-se a seus objetivos:

a) O projeto da Universidade de West Indies, na Jamaica, propõe um programa inter-institucional entre Governo e Universidade, em que, estudando os condicionamentos ambientais que contribuem para a saúde e a doença, em determinadas comunidades, possam realizar uma efetiva prestação de serviços, através dos quais se possa inculcar nos estudantes um conjunto de atitudes e habilidades.

b) O projeto da Universidade Central do Equador pretende, através do planejamento e execução de serviços em diferentes níveis de complexidade e nos diversos níveis de atenção em áreas urbanas e rurais, promover a mudança da educação, dos serviços e dos alunos.

Os demais projetos, como o de Guadalajara, o da Universidade Del Valle do San Carlos, e outros, representam a mesma evolução em que se tenta criar um projeto demonstrativo (normal), que atue normativamente sobre os estudantes, para que

estes, nas suas práticas como profissionais, exibam as normas prescritas (sejam normais).

Este novo desenvolvimento implica em novas estruturas discursivas, já que no interior do modelo trata-se muito mais de operacionalizar e racionalizar as condutas, de procurar instrumentos que as controlem, do que desenvolvê-las. Da mesma maneira, se inicialmente a Medicina Preventiva mantinha como constante as estruturas de organização, tentando modificar somente as relações, agora, na Medicina de comunidade, trata-se de, ao nível do modelo, instituir mudanças organizacionais e estruturais, através de coordenação, integração e distribuição dos serviços.

Assim, a Medicina de Comunidade caminha no sentido de uma extensão da racionalização que não pode ser contida ao nível da sociedade civil, mas que tem que procurar o seu espaço junto do Estado. Esta passagem significa, também, a transposição de um planejamento setorial indicativo para o planejamento reflexivo.

A Medicina de Comunidade representa, pois, a emergência de novas regras discursivas, com uma nova positividade, determinada pelas contradições internas à Medicina Preventiva e pelo desenvolvimento de novas relações extra-discursivas, como o fortalecimento do Estado, principalmente nos países da América Latina. Parece-nos que o fundamental desta nova formação discursiva é a tendência da racionalidade ampliada, em que a formação das atitudes é paulatinamente substituída pelos estudos de custo-benefício, de técnicas de programação e avaliação, em desdobramentos do cuidado médico, em atos que possam ser controlados, etc. Começamos, assim, a passar dos projetos normativos para os normais, em que a regra exibida oferece-se como possibilidade de reprodução ampla para corrigir as infrações, os desvios, e obter-se maior produtividade do trabalho médico em sua articulação com a instância dominante nas formações sociais latino-americanas.

CAPITULO VI

REGRAS DA FORMAÇÃO DISCURSIVA

Trataremos, agora, de apresentar as Regras da Formação do discurso preventivista, ou seja, as condições concretas de existência dos elementos que compõem este discurso, em sua singularidade de acontecimento em um espaço finito, apesar das mesmas estarem presentes nos capítulos anteriores, já que alguns aspectos fogem da sistematização da nossa apresentação.

1. A FORMAÇÃO DOS OBJETOS

O discurso preventivista encontra sua superfície primeira de emergência na adjetivação da Medicina, constituindo um “outro”, que lhe é simultaneamente igual e diferente, ou seja, ao agregar-se o adjetivo “Preventiva” à Medicina, ela separou-se do espaço limitado das condutas preventivas para constituir-se em uma nova estrutura que, referida à Medicina, representava também a sua transformação. Assim, a Medicina Preventiva ocupava o próprio espaço da Medicina, sendo também a sua alternativa. Portanto, trata-se de um discurso que fala de uma medicina adjetivada que se torna no próprio futuro da medicina. Assim, o discurso adota uma grade de especificação, que lhe permite uma separação dos objetos próximos, como a Medicina Social e a saúde Pública, as cujo resultado nada mais é de que a afirmação de sua identidade com a própria Medicina.

A relação mantida entre estes dois elementos não adquire a natureza de uma oposição de contrários, mas, sim, de uma coexistência no tempo e no espaço, entre o “que é” e o “que poderia ser”, de forma tal que o segundo elemento assume a tarefa de transformação do “que é”. Portanto, a Medicina Preventiva aparece simultaneamente como projeto e como processo de transformação.

Assumindo a relação de identidade e mudança da Medicina, o discurso preventivista toma como seu objeto a saúde e a doença, a prática e a educação médica.

Este discurso é instaurado na sociedade através de uma institucionalização de espaços discursivos, como os Departamentos de Medicina Preventiva, as Associações Nacionais de Escolas Médicas, as diferentes instituições internacionais, como a Organização Panamericana de Saúde, Federação Panamericana de Escolas de Medicina e as Fundações como a Kellogg, Ford, Rockefeller, etc. Portanto, as instâncias de delimitação do discurso preventivista espriam-se em uma rede que vai desde o nível local propriamente executivo até um nível internacional que representa a instância normativa, legitimadora e muitas vezes financiadora e instauradora do nível local.

No Seminário de Colorado Spring, o vice-presidente da Fundação Rockefeller comenta as três características da Medicina Preventiva, sendo a primeira a maturidade, já que ela representa o último estágio do conhecimento e da prática médica que se pode pensar diante dos atuais fatos e conhecimentos; a segunda, que ela é compreensiva por sua própria natureza; e a terceira, que ela é eventual.

Nos Seminários de Viña del Mar e Tehuacan, participaram representantes da Fundação Rockefeller e do Instituto de Assuntos Interamericanos, a Fundação Milbank financia a formação de pessoal docente para os Departamentos de Medicina Preventiva e, atualmente, a Fundação Kellogg financia, através da FEPAFEN, programas de Medicina de Comunidade nas Américas.

Este tipo de relação, promovendo um fluxo de recursos para os diferentes níveis, determina uma grande mobilização de pessoas através de bolsas, seja para um treinamento acadêmico em centros de pós-graduação, seja para observação e troca de experiências ou para o financiamento de projetos de demonstração e investigação.

A instância normativa do nível internacional se faz na composição de uma formação discursiva, que é prescritiva por excelência, na transformação do discurso em Parecer, que fala sobre um “que fazer”, sobre uma prática que existe antes no discurso do que no mundo concreto. Discurso que se afirma causal em relação à

prática, já que a antecede no mundo da consciência e a cria após a “Grande Depressão” e reforçada no pós Guerra, de que a História precisa ser dirigida, corresponde a montagens de mecanismos de intervenção econômica estatal, nos sub-sistemas centrais e nos periféricos.

O parecer ao ser prescritivo aponta para a instauração de tal tipo de prática, que seria, então, legitimada ao nível internacional pelo reconhecimento da adesão, assim, a mudança da prática médica em seu momento preventivista é essencialmente do tipo de planejamento indicativo internacional ou nacional.

2. A FORMAÇÃO DAS MODALIDADES DISCURSIVAS

As formas predominantes dos enunciados do discurso preventivista são:

1º.) a reorganização do conhecimento existente em termos de modelos, como o da História Natural das Doenças, a partir da qual é deduzida uma série de conclusões que aparecem como condutas a serem seguidas pelos profissionais médicos;

2º.) a combinação de uma abordagem epidemiológica sedimentada com todo um instrumental estatístico que possibilite a construção de enunciados baseados em deduções, estimativas, associações causais, inferências; com uma abordagem clínica que comporte raciocínio hipotético-dedutivo e todo um sistema classificatório próprio;

3º.) as descrições qualitativas das experiências pessoais ou institucionais do setor em relação a programas de ensino, experiências de campo, viagens de estudo, de sucessos ou fracassos, de integração ou mudança, de trabalhos multidisciplinares, etc;

4º.) a combinação, em um mesmo discurso, de objetos vindos de diferentes áreas do conhecimento, como as ciências Sociais, a Administração, a Ecologia, a Psicologia Social, a Pedagogia, etc., todas elas contidas em um modelo de dominação da abordagem biológica.

O segundo nível da formação das modalidades discursivas comporta uma análise do sujeito que enuncia, assim, o sujeito do discurso preventivista distribui-se pelos diferentes níveis de organização do movimento.

No nível local, ou seja, dos Departamentos, está constituído por profissionais que, em um primeiro instante, vieram das mais diferentes áreas da Medicina ou da Saúde Pública, comprometidos com uma nova visão da Medicina. Assim refere-se RYLE (1949) a esta mudança:

“Some of my friends have rebuked me for leaving the clinical fold. I reply in effect that I have merely taken the necessary steps to enlarge my field of vision and increase my opportunities for actiological study”.

Os sujeitos do discurso, ao nível Departamental, assumem simultaneamente esta posição na Prática Discursiva, como também são os sujeitos de todas as práticas decorrentes do discurso, sendo profetas e guerreiros de um vir “a ser”. O direito e o estatuto de tal posição estão centrados em cima da posição desta nova consciência que assume a crítica da medicina e lhe propõe uma alternativa, portanto posição de sujeito pode ser assumida em qualquer espaço ou lugar, desde que brote esta nova consciência que, em última análise, é a marca (ou o signo) que caracteriza a possibilidade de ser sujeito dentro desta formação discursiva.

O nível internacional, que opera em um mecanismo produtor de normas, adesões e limitações, cria suas próprias categorias de sujeito. Assim, 1º.) o funcionário internacional, cuja função é participar na produção e organização de um discurso orgânico do movimento, bem como organizar as instâncias de legitimação e de troca de divulgação de experiências. 2º.) o expert, cuja função é emitir o discurso orgânico, sendo uma metamorfose do professor ou investigador, resguardado por uma “experiência prática”, que o legitima. O consultor que assessora as próprias organizações no desdobramento dos seus discursos ou os executantes na aderência de suas práticas a estes discursos.

No conjunto, a prática destes intelectuais é dar coerência e unidade ao projeto, na combinação de um discurso ideológico com o discurso científico, ou seja, através de um “saber” que, sendo indicativo, orienta a criação de um conjunto de experiências no espaço social.

3. A FORMAÇÃO DOS CONCEITOS

O discurso preventivista privilegia, na formação dos conceitos, as formas de coexistência. Em uma primeira instância, existe um campo de presença, representado pelo conjunto de enunciados já formulados nos vários ramos do saber médico e que servem como material para a fundamentação de suas proposições e como crítica da própria medicina. Assim, o campo de presença situa em um mesmo espaço, o da

História Natural, dado o conhecimento relativo a um complexo de objetos que são unificados dentro da estrutura do modelo. Combinado com este, o campo de concomitância faz convergir para a mesma estrutura enunciados de outros discursos, como a sociologia e a psicologia.

Porém, o fundamental é que o discurso opera uma biologização do campo de concomitância, de tal forma que os enunciados provenientes de domínios diferentes são incorporados sob uma dominância dos conceitos biológicos e fundamentalmente médicos. Assim, o saber clínico e epidemiológico regem as formas de introdução de enunciados associados ou dependentes dentro da estrutura básica.

O domínio da memória opera nas formas de coexistência, no sentido de exemplificar a sucessão histórica que representa a Medicina Preventiva em relação à Higiene e à Medicina Curativa, de tal forma que se estabelece uma relação de filiação com a Higiene e de transformação com a Medicina Preventiva, ambas situadas diante de uma continuidade essencialmente teleológica.

Em relação aos procedimentos de intervenção, o ponto fundamental é que, na associação da Medicina Preventiva com a Estatística, gerou-se um processo de formalização do conhecimento médico, na tentativa de transformação dos enunciados qualitativos em quantitativos. Esta dominância colocou o instrumental estatístico em uma posição central dentro do discurso preventivista, significando, também, sua forma de validação e legitimação.

Trata-se, portanto, de um campo conceitual que combina proposições extremamente subjetivas com “atitudes”, bem estar físico, social e mental, e de toda uma tentativa de uma linguagem formal, como se esta atribuísse à primeira o estatuto de um rigor científico.

4. A FORMAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

O ponto central da formação das estratégias que vão constituir os temas preventivistas é sua relação à economia da constelação discursiva, que o relaciona a outros discursos contemporâneos e à função do discurso em um campo de práticas não discursivas. Para realizarmos esta análise, devemos abandonar o âmbito do discurso e pensar na Medicina como Prática Social, em sua articulação específica com um dado modo de produção.

CAPÍTULO VII

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIEDADE

Após havermos estudado as condições de emergência e as regras de formação discursiva da Medicina Preventiva, torna-se necessário analisarmos a articulação da medicina em geral com a sociedade, para que possamos apanhar, em sua totalidade, a especificidade da Medicina Preventiva.

1. O CUIDADO MÉDICO

A unidade mais simples de análise a ser considerada, no interior da Medicina, é o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas. Uma delas transforma um sofrer, uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É uma relação que se dá em um espaço especializado para suprir, resolver ou atender a este conjunto de necessidades denominadas doenças.

FOUCAULT (1996), analisando o nascimento da Clínica, considera que a medicina reside na relação imediata do sofrimento com o que o alivia, e que esta relação era inicialmente do instinto e sensibilidade, estabelecida pelo próprio indivíduo que sofre, antes de difundir-se em uma rede de relações sociais. As experiências advindas destas relações eram comunicadas às outras pessoas, de pais a filhos, constituindo quase uma experiência coletiva diante do sofrimento.

Segundo o autor “... antes de ser un saber, la clinica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de la felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fuerón inaugurados en un grupo privilegiado ...”. Portanto, o que constitui inicialmente a Medicina é a concentração de um saber, que media a relação entre o sofrimento e o que o alivia, nas mãos de um grupo e a correspondente difusão de um não-saber nas populações que se tornam dependentes diante do sofrimento.

A experiência de um sofrimento não resulta mais em um conhecer, de tal forma que estar doente exige a intervenção de alguém que, por seus conhecimentos, possa cuidar daquele sofrer. As leis que regulam a divisão do trabalho operam como força irresistível das leis naturais, de tal forma que os médicos e pacientes encontram-se em relação de troca, em que um é portador de necessidades e o outro de conhecimentos. Mas o que o primeiro recebe não é o conhecimento, e sim o cuidado, forma instrumental deste conhecimento monopolizado.

Entendendo processo de trabalho (ALTHUSSER, 1971) como um processo de transformação, o cuidado médico como tal está centrando sobre seu objeto, o homem, em suas dimensões biológicas e psicológicas, cujo resultado é a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais. Portanto, o cuidado é o próprio processo de trabalho de agentes que monopolizavam o conhecimento e habilidades para esta atividade, utilizando instrumentos determinados.

Desta forma, consideramos como cuidado, em geral, um processo de trabalho, que se compõe de conhecimentos corporificados em instrumentos e condutas (nível técnico) e uma relação social específica (nível social), satisfazendo as necessidades determinadas pela experiência histórica dos sujeitos diante do modo de andar a vida.

Especificando, temos o cuidado médico quando os sujeitos do processo de trabalho são investidos e legitimados socialmente nesta função, possuindo o monopólio do exercício e do conhecimento requerido para o atendimento das necessidades específicas da saúde e da doença.

O cuidado médico representa uma dupla característica, a primeira de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos) e a segunda, ao atender necessidades humanas, de ser uma unidade de troca à qual é atribuída, social e historicamente, um valor.

Neste processo que se consome é o próprio cuidado, ou seja, o próprio trabalho e não o produto deste trabalho, em outras palavras, o resultado do cuidado é a intervenção (normativa ou transformadora) sobre valores vitais cujo consumo é realizado na própria vida, no seu uso e no consumo da força de trabalho no processo produtivo, sendo, portanto, consumido no cuidado o trabalho de seus agentes e seus instrumentos e não o seu resultado.

A partir desta análise podemos especificar algumas das características fundamentais de nossa unidade:

1º) O cuidado médico é simultaneamente uma unidade de produção e consumo.

2º) O cuidado médico implica em três tipos de valores, no seu próprio valor como unidade de troca e nos valores vitais que toma como objetos e nos valores (de uso e troca) socialmente atribuídos a estes valores vitais.

3º) O cuidado médico como processo de trabalho envolve um conjunto de relações (ALTHUSSER, 1971) entre os elementos que o compõem, os conhecimentos, as técnicas, as relações sociais e as necessidades a serem satisfeitas, relações estas que caracterizam as formas históricas que assumem estes cuidados.

O cuidado médico dirige-se a necessidades humanas, consideradas como condições de saúde e de doença, que entendemos no sentido de CANGUILHEM (1971) como modos inéditos “de andar a vida”, nos quais a vida, comparativa e historicamente, recusa as normas da doença para afirmar a normatividade da saúde (DEPARTAMENTO de MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, CAMPINAS, 1974). De tal forma que a emergência das condições de saúde e doença, como necessidades e como demanda ao cuidado médico, possui uma dupla determinação. Por um lado, a própria determinação vital da doença que vem a interromper um curso, em ser propriamente crítica e, por outro lado, a dimensão social da necessidade que se faz através da determinação dos usos dos valores vitais na vida (condição histórica da experiência dos homens) alterando e modificando estes valores e pela determinação do interior da própria medicina de quais as situações que devem requerer os cuidados.

A primeira determinação do social foi caracterizada por FOUCAULT (1974) como sendo uma bio-história, em que o desenvolvimento das relações sociais altera e determina as condições biológicas e de sobrevivência do próprio ser humano e por ILLICH (1974), como uma Nemesi (castigo) social em que o desenvolvimento social gera condições para a não-solução dos problemas que a própria sociedade cria. A segunda determinação tem sido caracterizada como um processo de medicalização

(FOUCAULT, 1974; ILLICH, 1974), em que, progressivamente, todos os aspectos da vida são submetidos ao controle médico e, portanto, criados como necessidades de um cuidado.

Podemos concluir outra característica do cuidado:

4º) O cuidado médico é determinado pelas necessidades vitais criadas nos modos de andar a vida e determina necessidades ao definir socialmente o seu espaço de coberturas.

As características básicas do cuidado médico definem um espaço, no qual vamos encontrar a contradição fundamental da medicina, ou seja, as margens entre o vital e o social, uma vez que, definindo como seu objeto o vital que é influenciado pelo social, é neste lugar que a medicina encontra os seus limites e as suas possibilidades. Dirigindo-se em forma de cuidados a valores vitais, a sua contradição fundamental reside em ter estes valores como objeto e o uso atribuído social e historicamente a estes valores.

Assim, considerando que a medicina define-se como “a arte da vida, porque o próprio ser humano qualifica de patológico – portanto devendo ser evitados ou corrigidos – certos estados ou comportamentos apreendidos, em relação à polaridade dinâmica da vida sob a forma de valor negativo” (CANGUILHEM, 1971), ela toma como objeto um conjunto de valores (propulsivos e repulsivos) que, para os homens são basicamente valores de uso no processo da própria vida. Portanto, a contradição fundamental encontra-se em tomar como objeto de trabalho valores que são valores de uso e o uso atribuído a estes valores que, em última instância, determina a historicidade dinâmica e possibilidade destes valores.

Esta contradição reveste-se de uma dupla face, quando, por um lado, o uso atribuído aos valores vitais determina quais deste devem ser tomados prioritariamente como objetos de trabalho da medicina e, por outro lado, quando este uso altera a normatividade destes valores em termos de doenças, devendo a medicina atender (cuidar) a estas alterações.

Assim, em relação à primeira face, temos o conhecimento corretivo e ortopédico da medicina grego-romana, a emergência das doenças ocupacionais após a revolução industrial, o conhecimento das endemias tropicais dependentes do processo de colonização, etc. Em relação a segunda face, as condições de trabalho nos processos produtivos, a utilização do homem como mercadoria, a posição dada ao lazer, etc., que, em cada formação social, funcionam como determinantes das doenças.

Desta forma, a primeira face contém o modelo de desenvolvimento do conhecimento médico em sua relação com os valores de uma dada formação social e a segunda contém o modelo de desenvolvimento de suas possibilidades, ou seja, de seu impacto em relação às condições de saúde.

Em síntese, entendemos que o trabalho médico se faz sob a forma de “cuidado” que comporta em sua estrutura o conhecimento médico (conhecimento científico e saber) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando ao atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas biológica e (ou) socialmente.

A educação médica prepara e legitima sujeitos para este trabalho, tendo como modelo a forma histórica de exercício deste cuidado, que, portanto, atua sobre-determinando esta formação.

Por outro lado, ou a forma de exercício deste trabalho possui uma organização que funciona como uma supra-estrutura deste processo de trabalho, articulando-se com outros níveis societários.

2. O TRABALHO MÉDICO E A PRODUÇÃO

Devemos especificar a natureza deste tipo de relação denominada de articulação (POULANTZAS, 1972). Consideraremos que uma formação social representa uma totalidade histórica concreta onde se compõem um conjunto de modos de produção em que um é predominante sobre os demais; isto significa que este modo de produção dominante marca (ou determina), em última instância, o conjunto desta formação.

Uma formação social dada é especificada por uma articulação particular entre seus vários níveis e instâncias, bem como pela sobre-determinação que um destes níveis exerce os demais. Assim, em uma formação social determinada pelo modo de produção capitalista, o econômico determina, em última instância, os demais níveis desta formação. Portanto, o conceito de articulação envolve a idéia de um tipo particular de relação entre diversos níveis, cuja matriz é sobre-determinada por um desses níveis, o qual, neste modo de produção, é dominante.

Dentro deste marco, quando consideramos a medicina como um objeto de estudo, devemos situá-la em um modo de produção específico, para, em seguida,

estudar as suas relações com os demais níveis, bem como a matriz que ela assume a uma determinada sobre-determinação.

Quando nos situamos a este nível de análise, não estamos nos referindo à relação médico-paciente como uma troca que envolve valores, nem às relações de autoridade, de representação e de ordem técnica, mas sim à relação estabelecida, dentro de uma formação social, da Medicina com o Econômico, o Político e o Ideológico. Trata-se, portanto, de relacionar a Medicina com a produção em geral, como o poder e com o mundo das representações que cimta este modo de produção. Situar-se a este nível é também relacioná-la com o conjunto das práticas correspondentes, ou seja, as práticas econômicas, políticas e ideológicas.

A preocupação com as relações estabelecidas entre saúde-doença e a sociedade, em suas dimensões econômicas e políticas, é bastante antiga. Assim, o tratado de Hipócrates – Ares, Águas e Lugares – procurava estabelecer as relações existentes entre ambiente e saúde, considerando como ambientes fatores como o clima, topografia, qualidade da água e a organização política. Trata-se, podemos dizer, de uma abordagem ecológica do conceito de saúde, porém em que um conceito fundamental ficava marginalizado d análise, qual seja, o de trabalho (ROSEN, 1963).

A divisão existente no mundo grego-romano, em relação às atividades intelectuais e manuais, baseada na divisão entre escravos e homens livres, fazia com que a medicina fosse pensada dentro desta divisão e que, portanto, existisse uma medicina do homem livre e uma do escravo. Estudando as relações entre os modos de produção escravista e a Medicina, GARCIA (1972) afirma: “El tiempo libre de lãs capas más altas se constituye en el espacio social donde se desarrollo ‘la cultura’y el deporte. La medicina tanto en los aspectos teóricos como prácticos florece en esta región social”. Esta região da medicina com o tempo livre, segundo o autor, levou a um desenvolvimento parcializado do conhecimento, como demonstra a cirurgia hipocrática que era fundamentalmente corretiva e ortopédica.

LASSO DE LA VEGA (1972) sistematiza o atendimento médico durante a época de Platão, em atendimento aos escravos, feitos por praticantes que realizavam um tratamento “veterinário” e o atendimento aos homens livre que, nas doenças agudas, recebiam um tratamento resolutivo e expeditivo e nas crônicas uma terapêutica pedagógica e biográfica.

Dentro do modo de produção feudal, por não haver correspondência entre as relações de propriedade jurídica e a posse efetiva, o direito do senhor feudal

justificava-se por fatores extra-econômicos e, da mesma maneira, a medicina articula-se com a instância religiosa, sendo o cuidado da alma predominante sobre o do corpo (GARCIA, 1972).

Em Seminário realizado no instituto Gramsci, sobre Medicina e Sociedade, COMTI (1972) discute as relações que a Medicina mantém com a estrutura social, tentando uma análise que coloque em confronto os conceitos de medicina e a sua prática.

A autora demonstra que na sociedade competitiva-produtiva e, particularmente, na capitalista, o conceito de Medicina não se esgota na luta contra a morte ou a dor, nem no estabelecimento da normalidade, mas vai encontrar seu ponto central na probabilidade de sobrevivência o que, portanto, se remete a uma dada sociedade e a um dado tempo histórico. E conclui que a sociedade capitalista “segue elaborando una medicina científica coherente con su carácter productivo, economicista, competitivo, classista”.

Diante da mesma indagação, POLLACK (1972) considera que “on peut affirmer sans paradoxe que lê capital fixe provisionnellement la durée d’existence moyenne, celle dès différentes couches sociales et distribue tactement sa sentence du mort”.

Especificando sua análise, o autor procura as relações entre Medicina e a produção, para concluir:

“Le ‘soin’ n’est pas un produit, un objet détachant de son agent, une marchandise susceptible de circular comme une authentique valeur d’échange. Ce ‘produit’ ne disparaît pas dans l’acte consommation. S’adrenant à la force de travail. L’acte thérapeutique en eleve le niveau ou contribue a son maintien dans le cadre d’une reproduction. Contribuant a l’élévation de la productivité, le ‘soin’ est ‘indirectment productifproductif’”.

GARCIA (1972), dentro do mesmo esquema de análise, considera que, no modo de produção capitalista, a Medicina apresenta-se não somente como reguladora da produtividade da força de trabalho, mas que, também, “julga papel importante en la diminución de las tensiones, producto de la desigualdade social”.

Para compreender a articulação da Medicina com a produção capitalista, devemos estudar como o trabalho médico relaciona-se com a criação de valor, qual a sua

função diante das diferentes classes sociais e finalmente quais as mudanças introduzidas nestas relações com o capitalismo monopolista.

O produto da prática médica refere-se a valores, que, para seus possuidores, existem como valores de uso, ou seja, a recuperação de uma fratura, a correção de uma deficiência auditiva possui um valor de uso que possibilita a seus sujeitos prosseguir no seu “modo de andar a vida”.

No modo de produção capitalista, o mesmo cuidado não possui o mesmo significado diante das diferentes classes sociais. Assim, para o proletariado que vende sua força de trabalho, a manutenção e recuperação de determinados valores vitais significa a manutenção do valor de troca de sua força de trabalho. Desta maneira, se, imediatamente, a saúde significa um valor de uso para seu detentor, imediatamente é transformado em valor de troca para a sua própria sobrevivência e em valor de uso para o seu comprador, dentro do processo produtivo.

Por outro lado, para as classes hegemônicas, esta mesma atividade médica resulta em um valor de uso que é colocado como corporificação do capital no processo de extração de mais valia.

Portanto, em uma primeira análise, podemos dizer que a Medicina, atuando sobre valores que constituem o modo de andar a vida dos sujeitos, refere-se a dois valores de uso, o primeiro que no processo cria a mais valia, e o segundo que, no mesmo processo, se apropria dela.

Até este ponto da análise, estamos nos referindo a valores de uso, ou seja, que o cuidado médico, incidindo sobre a normatividade da vida qualificando de patológicos os estados e comportamentos que ameaçam seu curso, tem a ver com as margens de segurança que é possível a normatividade. Como a vida é atividade polarizada e, portanto valor (yater = estar bem), no processo produtivo, vida, enquanto força de trabalho, é criadora de novas formas de valor.

Trata-se, portanto, de situar estes mesmos valores biológicos, enquanto característica da força de trabalho, para o qual o cuidado médico pode contribuir para mantê-los e recuperá-los para definir o caráter do trabalho médico.

Considerando trabalho produtivo como aquele que gera diretamente mais valia, isto é, que valoriza o capital, e considerando que no modo de produção capitalista o trabalhador individual é substituído como agente, cada vez mais pelo trabalho socialmente combinado, podemos estabelecer as seguintes proposições para o trabalho médico:

1º) Aquele trabalho que se concretiza numa relação simples de troca, entre médico e paciente, em que o produto não é separável do ato da produção, ou seja, que não há circulação do resultado deste trabalho.

Porém, mesmo nesta relação comercial, não produtiva, deve-se considerar que:

a) Ao estarem envolvidos no cuidado a distribuição e o consumo de todo um equipamento produzido no setor industrial, o custo do equipamento deve ser incorporado ao valor de cuidado, e, portanto, a produção e consumo do cuidado são simultâneas à realização do valor das mercadorias deste setor industrial.

Sendo o cuidado médico um lugar de consumo, isto implica que: o cuidado médico seja um setor de consumo produtivo, e que a produção destas mercadorias (instrumental médico) produza, além do objeto de consumo, o modo e o instinto de consumo. Isto significa que a forma de cuidado médico pode, cada vez mais, estar sendo determinada pela produção de objetos médicos (instrumentos e medicamentos), sendo, portanto, neste nível, que se dá a reprodução deste setor do capital.

A corporificação do conhecimento á técnica se faz, por um lado, mediado pelo setor de produção ligado aos problemas médicos, caindo, portanto, dentro da racionalidade industrial e, por outro, pela imposição teleológica que possui a técnica, relacionando-a com a estratificação social do cuidado, o que nos remete a incorporação das técnicas dentro da unidade do cuidado. Esta segunda relação equaciona o problema do “a quem” são prestados os cuidados e quem pode arcar com os custos das técnicas.

Podemos, portanto, pensar em relações em que a técnica (ou a razão instrumental) domina mas não esgota o processo de prestação de cuidados, dado que este discrimina a incorporação destas técnicas e especifica objetos ao conhecimento. O conhecimento, por seu lado, estabelece com as técnicas uma relação de determinado-determinante, organizando, em termos de conduta, o cuidado, mas permanecendo como um super-plus que não é incorporado nem às técnicas nem ao cuidado.

A técnica, em sua dimensão de instrumentos, medicamentos, aparelhos corretivos, etc., ou seja, na sua forma de mercadoria, possui, claramente determinados, setores de produção, distribuição, troca e consumo, porém com a especificidade de que para o seu uso (ou consumo) ela exige a intervenção de agentes que possuem o controle das formas da sua utilização: o resultado de uma chapa de pulmão não possui nenhum valor para o seu usuário sem a interpretação e prescrição decorrente do profissional

médico que, assim, funciona como um dos elementos fundamentais na troca e consumo destas mercadorias. Em outras palavras, poderíamos dizer que a realização do valor incorporado nestas mercadorias, na forma atual de organização da medicina, só se faz com o consumo de trabalho especializado, ou seja, do médico, do odontólogo, enfim, dos vários agentes do setor. Se bem que na medicina estas duas atividades, realização do valor das mercadorias e a troca do cuidado, funcionam integradas, porém independentes, em outros setores de atividade originalmente liberais, o custo do trabalho profissional incorpora-se ao custo das mercadorias como, por exemplo, está sucedendo com a agronomia e a comercialização de implementos agrícolas.

b) Representando a relação médico-paciente, uma troca que permite a circulação de dinheiro (não de capital), por ela se constitui um grupo profissional de alto poder aquisitivo, sendo um setor de alto consumo para os setores industriais.

2º) Aquele trabalho que é dirigido não mais a indivíduos, mas sim a uma classe particular. Neste caso, já nos referimos como este cuidado possui um significado diferente conforme seja o paciente possuidor ou não dos meios de produção.

No modo de produção capitalista, o valor de uma mercadoria é determinado fundamentalmente pela quantidade de trabalho humano gasto na sua produção (capital variável), de tal forma que o seu valor final é a soma de todos os momentos da sua produção. A característica dessa produção é a transformação da força de trabalho em mercadoria, e, como tal, o seu valor é determinado como o de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário à sua produção e reprodução. Porém, quando o trabalhador entra na produção, este não é incorporado ao seu valor como se fosse um adiantamento ao capitalista, já que os custos da formação da força de trabalho são atribuídos ao Estado e, portanto, socializados. Neste ponto, temos a primeira articulação da Medicina, que deve participar na produção da força de trabalho através dos serviços de atenção materno-infantil, em que o médico é freqüentemente assalariado do Estado, nos programas de Saúde Pública.

No interior do processo produtivo, o cuidado médico participa na manutenção e recuperação da força de trabalho, contribuindo para que “depois de ter trabalhado hoje, o seu proprietário possa repetir amanhã a mesma atividade sob as mesmas condições de força e saúde” (MARX, 1968). Porém, além disso, pesquisas realizadas em saúde ocupacional, medicina e higiene do trabalho demonstram que há um aumento de produtividade quando os trabalhadores e suas famílias são mantidos em boas condições de saúde, direta ou indiretamente, devido a uma diminuição de

ausentismo e de acidentes de trabalho que provocam grandes perdas às empresas. E finalmente, antes de ser valor-de-uso para o capitalismo, a força de trabalho é valor de troca para o seu proprietário, cujas condições em termos de saúde podem determinar as possibilidades de realização, ou seja, de sua objetivação em mercadorias. Neste ponto, a Medicina, junto com a Psicologia, transforma-se no grande árbitro que define, em termos das exigências do processo produtivo, as condições desta força de trabalho através de exames de seleção.

Considerando que o valor da força de trabalho é determinado pelos méis indispensáveis para a existência e reprodução do trabalhador, podemos, a partir do desenvolvimento realizado por CASANOVA (1971) da taxa da mais valia, verificar a influência do cuidado médico sobre a criação do valor.

A partir da razão P/V em que \underline{P} é o trabalho excedente e \underline{V} o trabalho necessário ou o valor da força de trabalho, o autor coloca aqueles fatores que podem promover um aumento ou um decréscimo da razão, chegando à seguinte fórmula:

$$t = \frac{P + d (Pi)k}{V + d(F Po)K + E E(tci)}$$

em que \underline{d} significa as variações influenciadas pelo aumento da produtividade (P) em uma função não necessariamente linear, dependendo dos processos administrativos, inovações tecnológicas, etc. No denominador temos a força política dos trabalhadores (FPO) e o excedente econômico (EE). O componente EE refere-se à repartição do capital variável entre os diferentes estratos dos trabalhadores, segundo a sua qualificação. O capital variável propriamente dito pode ser decomposto na seguinte fórmula:

$$V = S_1(n_i) (t_{01}) (f_i) + S_2(n_i) (t_{0i}) (f_i) k ,$$

em que \underline{S} é a massa de salários ponderada pelos preços correspondentes à necessidades do trabalhador consumindo ou não os mínimos vitais, assim n_1 gasto em alimentação, n_2 gasto em moradia, etc., pelo tempo de trabalho (t) e pela quantidade de pessoas da família que contribuem para a geração do produto (f).

Sendo a razão calculada sobre mínimos vitais que são determinados historicamente, Casanova considera que; “se da el caso de trabajadores que reciben un salario que esta por debajo del mínimo vital para sobrevivir como personas e familias: la desnutrición, la falta de su familia. Outros tienen el minimovital u otros más se encuentran por encima del mínimo vital. En cualquier caso, la clase obrera se sigue

reproduciendo como clase , aunque entre sus miembros y grupos haya quienes vivem por debajo o por encima de las minimas vitales”.

Desta forma, o trabalho médico, ao contrário do que consideram alguns autores (DONANGELO, 1972 e POLLACK, 1972), pode ser diretamente produtivo, ao incorporar-se ao trabalhador coletivo, cuidando da força de trabalho, contribuindo par o aumento da razão, pelo aumento do numerador, ao participar da organização do processo produtivo e mantendo a força do trabalho em condições de ser consumida.

O custo do cuidado médico, que pode ser considerado uma necessidade básica que poderia contribuir para um decréscimo da razão, por um lado, é pago pelo trabalhador e, pelo outro, é incorporado ao custo do produto e, portanto, socializado.

Assim, selecionando, mantendo e recuperando a força de trabalho, aumentando a sua produtividade, diminuindo os riscos a que ela está submetida, a Medicina participa da organização do processo produtivo, diminuindo o tempo de trabalho necessário e aumentando a mais valia produzida. Desta forma, o cuidado médico é um trabalho humano que, incorporado à mercadoria força de trabalho que cria valores, contribui para a diminuição relativa do seu valor (tempo de trabalho necessário) e para o aumento dos valores que ela cria (mais vaia).

Portanto, o cuidado médico, contribuindo para o aumento da produtividade, participa do aumento da mais-valia relativa, diminuindo o tempo de trabalho necessário, e pode contribuir para a criação da mais-valia absoluta, na medida em que, mantendo o trabalhador em boas condições de saúde torna possível a realização de jornadas extraordinárias de trabalho.

Em síntese, podemos dizer que a saúde, como valor biológico, pode ser considerada como um atributo da força de trabalho para que ela melhor possa se consumida no processo produtivo. Porém, paradoxalmente, a força de trabalho como mercadoria incorpora para sua manutenção um quantum de trabalho, cujo efeito não é aumentar o seu valor, mas, sim, possibilitar o aumento da sua exploração.

Para a realização desta função, determinada pela articulação da Medicina com o Econômico, no modo de produção capitalista, o trabalho médico pode assumir as seguintes formas:

1º O médico ser assalariado diretamente pela indústria.

Neste caso, o médico incorpora-se ao trabalhador coletivo, sendo extraída uma parcela de mais-valia sobre o seu trabalho.

2º) O médico ser assalariado de uma empresa de prestação de serviços médicos.

Neste caso, o médico incorpora-se direto, sobre o qual será extraída a mais-valia desta empresa, que assume nitidamente as características capitalistas, em que a equação é

$$D - M - D',$$

onde D' é maior que D .

3º) O médico ser assalariado pelo Estado através dos esquemas de previdência social.

Nos dois casos anteriores, nitidamente, o trabalho médico é diretamente produtivo, já que o dinheiro empregado na compra dos seus serviços transforma-se em capital, em um processo de acumulação. Neste caso, o esquema torna-se mais complexo, já que o dinheiro que compra os cuidados médicos vem de duas fontes diferentes: uma parte é descontada do salário do trabalhador, o que significa uma “compra (de) servicios con dinero, lo que constituye una manera de gastar el dinero, pero no de transformarlo en capital” (MARX, 1972); a outra parte é paga pelo proprietário, e mesmo que o trabalho médico não esteja diretamente sob a sua organização, ele preenche as mesmas funções que nos casos anteriores, ou seja, a recuperação e manutenção e reprodução da força de trabalho.

Por outro lado, quando o cuidado médico é referido ao exército da reserva e ao lumpem – proletariado através dos serviços beneficentes ou centros de saúde, a relação que se presta é de pura prestação de serviços, em que o trabalho médico é remunerado, tratando-se, portanto, de uma relação comercial e não de uma operação e capital. Este tipo de trabalho está mais diretamente ligado às instâncias da superestrutura do que ao processo produtivo, ou seja, está mais ligado à instância do Político e do Ideológico.

Em síntese, podemos dizer que a articulação fundamental da Medicina refere-se à manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho, à manutenção e recuperação de valores de uso para as classes hegemônicas, sendo o trabalho médico diretamente produtivo quando possibilita um acréscimo na mais-valia, e improdutivo quando se refere à pura relação de troca comercial e, finalmente, é indiretamente produtivo quando se refere à reprodução da força de trabalho e atendimento do exército de reserva.

Finalmente, devemos especificar que as formas que o cuidado médico assume, enquanto processo de trabalho, acham-se envolvidas em um outro espaço, determinado pelas relações de dependência ou não das formas sociais a que pertencem. Assim, naqueles países centrais, o cuidado médico é moldado na Medicina do país

dominante, seja na forma do cuidado, na incorporação da tecnologia, no desenvolvimento do conhecimento científico como também nos projetos de educação médica.

Esta relação de dependência faz com que, além da articulação específica que a medicina mantenha com os níveis societários, ela mantenha também uma articulação externa com a Medicina chamada moderna, que nada mais é do que aquela desenvolvida nos países centrais, que lhe fornecem seu modelo de desenvolvimento geral, bem como as metas a serem alcançadas.

3. O CAPITALISMO MONOPOLISTA

O século XX representa o fim da ideologia liberal, com o aparecimento do estado interventor, dos monopólios e oligopólios. A determinação do econômico para outros setores (ou instâncias) da sociedade não se faz de uma maneira mecânica e imediata, ms, sim, em uma dialética e no plano das representações, em uma reinterpretação específica.

Nossa tese é que, em primeiro lugar, o discurso preventivista aparece como uma das primeiras reinterpretações do setor médico às novas determinações da ordem econômica, reinterpretação esta que se faz ainda em termos de uma ideologia liberal.

A medicina, durante a primeira metade do século, manteve, em grande parte do mundo capitalista, um caráter predominantemente liberal, mantendo, por assim dizer, na instância ideológica, as mesmas ligações que possibilitaram o nascimento da clínica. Porém, não só o capitalismo desenvolveu-se no sentido do capitalismo monopolista e multinacional, como a própria medicina desenvolveu-se enquanto organização de produção, distribuição e consumo dos cuidados médicos.

A tendência do mais recente desenvolvimento capitalista é o da ampliação da racionalidade da indústria a outros setores sociais e, portanto, o englobamento de atividade que se mantinha aparentemente à sombra do processo.

Sendo a tendência dominante do capitalismo do monopólio: a organização da sociedade inteira à sua imagem e de acordo com o seu interesse (MARCUSE, 1973), setores cada vez mais amplos são submetidos ao seu regime, e isto o que significa?

1º) A universalização da mercadoria.

No capitalismo avançado, novas necessidades são satisfeitas e criada através da transformação de diferentes acontecimentos em mercadorias, como o lazer, a saúde, o sexo, etc. A transformação destas atividades em mercadorias pressupõe a organização da produção das mesmas dentro da racionalidade do capital. Assim, certas trocas mediadas pelo dinheiro, que não se convertiam em capital no processo de reprodução, passam a ser absorvidas.

Quando uma dada atividade passa a ser objeto do capital, necessariamente ela deve ser submetida às suas leis. Vejamos, por exemplo, o cuidado médico nos Estados Unidos, baseado em uma prática privada sem grandes interferências estatais e financiada através de várias formas de seguro-saúde. As companhias seguradoras funcionam como empresas como empresas capitalistas, que devem realizar uma acumulação de capital, para reinvestirem na sua ampliação, através da extração ou transferência de outros setores de mais-valia. Porém, na medida em que os produtores de cuidados funcionam isolados, o controle deste trabalho torna-se difícil e a viabilidade da empresa depende da obtenção de fundos cada vez maiores dos consumidores, que compensem “a irracionalidade” do sistema. O custo das apólices é pago através dos salários e, portanto, o aumento das mesmas entra em competição com outros gastos que devem ser também cobertos. Por outro lado, o custo do cuidado médico resulta, de uma parte, pelo pagamento do trabalho médico e, da outra, pela realização da mais-valia da indústria ligada ao setor saúde (medicamentos, equipamentos). De tal maneira que existe duas barreiras ou limites que se impõe: o peso relativo das apólices dentro do salário e a realização do lucro das empresas, resultando, portanto, um ponto a ser racionalizado e controlado, ou seja, o trabalho médico.

Portanto, tendencialmente, o sistema se configura em crise do ponto de vista capitalista. O submetimento do cuidado médico à categoria de mercadorias exige o controle e a racionalização do trabalho envolvido nesta produção específica, ou seja, existe a necessidade de transformar este trabalhador independente em trabalhador em geral, que produza ou transfira mais-valia.

A medicina privada (ou liberal) transformou o cuidado médico em mercadoria, mas não transformou a sua prática em atividade capitalista, já que os lucros, obtidos e divididos entre uma população dispersa de profissionais, não permitiram a transformação do dinheiro em capital, sendo gasto na maior parte das vezes, em um

consumo de luxo. Assim, neste setor constitui uma fração de classe de alto consumo, mas de baixa densidade, de realização de capital, e o volume de dinheiro circulante no setor prevê um espaço de ampliação altamente viável para a expansão das atividades capitalistas.

Porém, a ampliação do regime do capital não se faz sem enfrentamentos e sem conflitos, envolvendo contradições internas. Assim, hoje o atual enfrentamento da Associação Americana de Medicina e as propostas legislativas da mudança do sistema, o enfrentamento entre a Associação Médica Brasileira e as chamadas Empresas Médicas, etc.

2º A redefinição das categorias profissionais, segundo seu caráter produtivo.

O processo de divisão técnica do trabalho transformou o trabalho humano em operações e funções parciais. Tal processo que, no interior das indústrias, obedece a uma organização e controle centrais, em alguns setores permanece difuso e descontrolado, como acontece nas chamadas profissões liberais. O capitalismo moderno, na expansão de sua racionalidade, encontra-se com esta barreira, que também foi um produto da industrialização e da ideologia liberal-burguesa.

BASSO (1973), referindo-se a esta nova dimensão, afirma “Hoje, o poder do capital monopolístico torna-se articulado, já não, primordialmente, nas relações de trabalho, mas fora delas, no mercado e em todos os domínios da vida política e social”, desdobrando uma tese já desenvolvida por MARX (1972) no 6º Capítulo inédito do Capital:

“Já não o trabalhador individual, mas, antes, a força de trabalho socialmente combinada, passa a ser o verdadeiro agente do processo de trabalho coletivo”.

Portanto, a redefinição das categorias profissionais exige a transformação do seu trabalho em produtivo e a sua incorporação no trabalho coletivo, já que “a atividade dessa força combinada de trabalho é o seu imediato consumo produtivo pelo capital – auto-realização de capital, criação imediata de mais-valia”.

Desta forma, um dos processos de ampliação do espaço do capital pode ser o de transformação de trabalhadores liberais em trabalhadores produtivos, porém o fundamento da atividade liberal é o próprio fundamento da sociedade capitalista,

enquanto instância ideológica. O Código de Ética Médica Brasileiro coloca em seu artigo 3º:

“O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e aquele que o presta e não deve ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial, político ou filantrópico.

Parágrafo único – Não se considera exploração o trabalho prestado a instituições real e comprovadamente filantrópica.”

Neste artigo, define-se que o lucro extraído sobre o trabalho médico é exploração e, portanto, vedado. É neste artigo que se enfrentam as concepções capitalista e liberal da Medicina.

3º) A sociedade capitalista não é capaz de satisfazer as necessidades que ela própria cria.

O que se discute neste terceiro ponto é que o desenvolvimento tecnológico e científico de alguns setores, e no caso concreto da medicina, tem tido um baixo impacto na solução de problemas emergentes, bem como de satisfação de novas necessidades. Enfim, é a própria contradição colocada por MARCUSE (1973) “entre aquilo que é e aquilo é possível e devia ser ...”;

A literatura está repleta de análises demonstrando a falência da Medicina como instituição social na solução de problemas de saúde e na procura de formas alternativas de solução, das quais o discurso preventivista é um vertente (CARLSON, 1974; BERLINGUER, 1972; BASAGLIA, 1972; CARO, 1972; COMITÉ D'ACTION SANTÉ, 1968; DREITZEL, 1971; BOSQUET, 1975). Já que no cerne do problema de satisfação não se acha um problema técnico científico, mas o fato de a sociedade estar estruturadas em classes, sendo a divisão, a distribuição e apropriação destes recursos feita diferencialmente segundo estas classes.

Desta forma, no mínimo, a sociedade capitalista cria dois tipos de necessidade: o primeiro, que são aqueles conjuntos de necessidades que devem se constituir em consumo para a produção industrial, permitindo a realização da mais-valia, e o segundo, como sendo aquele conjunto de necessidades decorrentes do próprio funcionamento do sistema, como as doenças carenciais, mentais, a violência, ocupacionais, etc. Assim, a produção cria não somente o consumo produtivo, mas

também uma necessidade que não se realiza, ou seja, que não consome nem é consumida no processo produtivo.

O segundo círculo das necessidades produzidas pela produção capitalista torna-se mais evidente nos chamados países periféricos e (ou) dependentes. O mecanismo ideológico que opera nestas condições é colocar o problema como situado fora do processo produtivo, ou seja, situados nos chamados problemas sociais, como a educação, a saúde, a previdência e a assistência social. O aparelho produtivo, em vez de causa, é transformado em solução. Ao se intensificar a industrialização, conseguir-se-iam os meios necessários para a solução dos problemas sociais. Porém, o mecanismo não pára, já que aqueles setores ligados aos problemas sociais recebem o encargo de encontrar soluções ao nível interno, como a extensão rural, a reforma agrária, os programas nutricionais, educativos e de atenção médica.

Portanto, por um mecanismo supra-estrutural, o modo de produzir os bens materiais é absolvido de suas relações com o modo de andar a vida, cuja problemática descer ser resolvida nos seus próprios níveis.

4º A sociedade capitalista no plano do social afirma-se igualitária e universal.

O social representa, para o modo capitalista de produção, o espaço aonde a ideologia realiza a identidade entre as classes e afirma a conjuntura atual como sendo natural. É neste espaço que a desigualdade é completamente subtraída. Assim, em tese, afirmava-se, afirmava-se a igualdade de direitos à educação, à saúde e ao bem estar.

O discurso e o social são essencialmente míticos e adjetivos, e suas instituições vivem a ambigüidade de, numa sociedade de classes, afirmarem a igualdade. Desta forma, temos a escola obrigatória e os serviços de previdência ou beneficência social.

Para os sujeitos das ações no interior dos aparelhos de Estado, não é a lógica de produção que está imperando, mas, sim, as representações desta lógica, de onde a dimensão do universal e do particular regem as relações concretas entre os homens, no mundo das representações. A educação e a saúde são bens sociais e não mecanismos de reprodução das relações e características da força de trabalho. Portanto, a escola deve ser democrática e a Medicina integral, no plano das representações que enfatizam na prática as suas demonstrações.

4. A VIABILIDADE DO PROJETO PREVENTIVISTA

Podemos agora inverter nossa direção de análise, ou seja, a partir do cuidado médico como processo de trabalho, e pensar a realização dos objetivos preventivistas em termos de incorporação do conjunto das atividades prescritivas (preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe) à unidade do cuidado, para, logo em seguida, verificar os limites do movimento preventivista no interior das escolas médicas, que nada mais é do que equacionar as relações do seu discurso com os fenômenos extra-discursivos.

A Medicina, no interior do modo de produção capitalista, define-se como uma área de tensão, por estar simultaneamente ligada ao processo de expansão do regime de capital que envolve a universalização da mercadoria, a redefinição das categorias profissionais, a criação de necessidades não satisfeitas, a distribuição desigual dos recursos, a tecnificação do cuidado, e estar ligada aos chamados problemas sociais em que se afirma a ideologia da ética natural e universal do modo de produção. A isto devemos ainda acrescentar a existência de um “poder médico” que se configura, desde a relação médico-paciente, no processo de medicalização, nas diferentes associações profissionais que defendem os direitos deste grupo como se fossem direitos inerentes ao próprio exercício da Medicina e, portanto, como o modo de produzir, também naturais e universais.

A Medicina Preventiva, como a leitura liberal e civil deste campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados, desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca, diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado, melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. Portanto, o que devemos perguntar, é: qual a viabilidade deste projeto no interior do modo de produção capitalista?

Colocando os objetivos do movimento em três níveis: aqueles relativos às características dos profissionais médico, aqueles relativos à escola médica e aqueles relativos às condições de saúde das populações, podemos discutir a viabilidade diante de dois modelos de organização do cuidado, o primeiro com a manutenção da prática

liberal, a participação do Estado e a emergência de uma prática empresarial; e o segundo com o controle total das ações de saúde pelo Estado.

Em relação ao primeiro modelo, as medidas preventivas são incorporadas ao cuidado, quando as mesmas passam a possuir um valor de troca, transformando-se em mercadorias e satisfazendo as necessidades de determinados grupos sociais. Assim, a puericultura, o pré-natal, os exames periódicos de saúde são incorporados à prática médica e exercidos dentro de antigas especialidades ou constituindo-se em novas.

Esta transformação está diretamente ligada ao processo de medicalização, que é uma das características da Medicina contemporânea, em que cada vez mais amplia-se o espaço de controle da Medicina sobre a vida dos homens.

Desta forma, a produção do cuidado, na sua forma de prática liberal, começa a criar, em alguns setores, um modo de consumo de cuidados preventivos para aquelas classes sociais que têm acesso a este tipo de prática médica. Por outro lado, a produção do cuidado sobre influências do setor industrial, que começa a produzir toda uma tecnologia da prevenção que passa a ser incorporada a certas práticas, como os equipamentos para exames periódicos de saúde, determinando que o cuidado preventivo passe a constituir-se na prática liberal em um setor de alta densidade de capital, ou seja, de alta realização de valor para este setor industrial.

Em uma segunda instância, a incorporação das atitudes preventivas se dá quando estão diretamente ligadas ao aumento da produtividade da força de trabalho, sendo importadas ao trabalho médico por objetivos externos à própria Medicina. Assim, com toda a política de saúde ocupacional (ou medicina do trabalho), que visa à diminuição do absenteísmo e acidentes e a um aumento da produtividade. Neste nível, o trabalho médico faz parte do trabalho coletivo que discrimina as necessidades das medidas preventivas. Não foi por mero acaso que as chamadas Empresas Médicas adotaram rapidamente após a sua criação, o discurso preventivista na justificativa de sua validade.

Finalmente, a incorporação também se dá através de uma política estatal, através dos organismos de saúde pública, visando o controle de determinadas enfermidades ou eventos vitais, centralizada preponderantemente sobre as chamadas populações marginais.

Desta maneira, as atitudes preventivistas são incorporadas ao trabalho médico segundo as características das várias formas deste trabalho e segundo as classes

sociais a que ele se dirige, porém o fundamental é que a eficiência destas práticas encontra-se exatamente colocada sobre a contradição fundamental da Medicina, já que o uso atribuído à vida como força de trabalho a ser consumido no processo produtivo é o núcleo gerador fundamental das patologias. A eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção.

O desenvolvimento das demais atitudes, como a epidemiologia, social e educativa, coloca o profissional médico diante do coletivo, isto é exatamente a antítese das relações sociais existentes na sua atual forma de trabalho, em que médico e paciente são colocados na relação em toda a nudez de suas individualidades, em que o conhecimento médico atomiza a totalidade do paciente, em que, na realidade, estão se encontrando, por um lado, a necessidade e, por outro, o cuidado, mediados por uma relação de troca.

Sendo a escola médica um reflexo das formas de organização da prática médica, as possibilidades de suas modificações ficam restritas a modelos experimentais que vivem a contradição de tentarem formar médicos não adequados ao mercado de trabalho.

O outro modelo, quando o Estado assume o controle das ações de saúde; é possível, a partir de uma reforma completa nas condições de trabalho, incorporar aos praticantes as chamadas “atitudes preventivas”, desde que elas façam parte das relações sociais de produção e consumo do cuidado e, a partir daí, estabelecer uma reforma do ensino que se adapte às novas condições de prática.

O Estado pode promover uma rearticulação do setor de saúde, mantendo as funções da Medicina diante da sociedade capitalista, através de uma reorganização do trabalho médico, de uma recolocação do seu poder político e de um controle das indústrias ligadas ao setor. Evidentemente, tal procedimento pode levar a uma maior eficácia no desenvolvimento das funções da Medicina diante da sociedade, pela introdução de um sistema racionalizador do trabalho médico. Neste caso, as concepções preventivistas podem se incorporar à prática, abandonando seu berço de origem junto à sociedade civil.

Verificamos, através da análise da articulação entre a Medicina e a Sociedade, os limites e as possibilidades do movimento preventivista concretizar-se na prática, incorporando seus objetivos ao cuidado médico. Podemos, agora, levantar a pergunta sobre o posicionamento da Medicina Preventiva no conjunto das relações que

a determinam: sendo a Medicina Preventiva um movimento ideológico que se relaciona com o conhecimento, a prática e a educação médica, qual a natureza de sua articulação mais geral?

A Medicina Preventiva, através de seus conceitos básicos, possibilitou uma reorganização do conhecimento médico, que implica no estabelecimento de uma nova forma de pensar a prática médica. Para a obtenção desta prática modificada, foi necessário estabelecer um conjunto de conceitos estratégicos, como os da interpretação e inculcação. O resultado deste processo seria um profissional que, atuando, levaria a uma mudança da própria prática médica, como, também, das condições de saúde da população.

Portanto, dada a existência de um conjunto de problemas no interior das formações sociais relativas à incidência das doenças e cobertura de cuidado médico, a Medicina Preventiva apresentava-se como uma alternativa de solução, centralizada sobre o comportamento individual e cotidiano dos profissionais médicos.

Investida de uma materialidade institucional, e com seus intelectuais orgânicos, a medicina preventiva encontra-se em uma Prática Discursiva na fundamentação orgânica conceitual de seu movimento, que permitiu um espaço múltiplo de formação dos objetivos de convergências discursivas, como a Pedagogia, a Sociologia; administrativo, ecológico, etc., de sistematização e relato de experiências, de padronização de atividades, enfim, de todo um discurso heterogêneo, complexo e multidisciplinar. E, em segundo lugar, em uma Prática Ideológica que se concentra na formação, tanto ao nível estudantil como docente, de uma consciência preventiva. E, finalmente, o que poderíamos chamar de uma Prática Empírica Experimental, em que se tenta construir experimentalmente (ou em termos de modelo de demonstração) novas formas de existência das individualidades, que comporta uma tentativa de demonstração da Medicina Preventiva como uma prática em um espaço controlado, tendo como atores os médicos e a população.

Configurando-se como um movimento que combinaria estas três práticas, a Medicina Preventiva não colocou no seu interior nem uma Prática Teórica, que possibilitaria a produção de conhecimento sobre as reais determinações na crise no setor de saúde, nem a possibilidade de uma prática política que levasse às mudanças necessárias. Assim, propondo-se como um movimento de mudança, na realidade a Medicina Preventiva constituiu-se em um sistema conservador das estruturas da prática médica existente.

Uma proposição mais geral, é de que o modo de produção capitalista cria necessidades que não pode resolver, e que estas necessidades existem como parte do complexo de objetos de conjunto das ciências.

Estas, em sua dimensão do ensino, criam disciplinas-tampões, ou seja, disciplinas que elaboram ideologicamente propostas de solução para aquelas necessidades que ficam contidas no interior destas disciplinas ou ciências.

Assim, a Medicina volta-se, em termos de cuidado, para valores vitais que são modificados e alterados, em termos de patologia, pelo uso que é atribuído à vida humana nas diferentes formações sociais. Os cuidados médicos, não solucionando o conjunto de problemas que emergem em termos de necessidade de atendimento, configuram uma situação de crise da própria Medicina, que gera, no seu interior, uma ou várias disciplina tampões que se apresentam como proposta não efetivada, mas possível, para a solução da referida crise.

As disciplinas-tampões, de forma geral, caracterizam-se por:

1º) Definirem seu espaço problemático no encontro entre necessidades criadas pelo próprio funcionamento de uma dada formação social e não satisfeitas (ou não resolvidas) por esta formação.

2º) Estabelecerem relação de dependência com uma dada ciência, disciplina ou setor do conhecimento que possua um aparelho de formação profissional própria como a Medicina, a Agronomia, as Ciências Sociais, etc.

3º) Definirem um campo de crítica à realização do conhecimento em termos de prática por seus profissionais específicos, ou seja, constituírem-se em uma crítica interna à realização do conhecimento como prática.

4º) Centralizarem sua estratégia no ensino, que , modificado, levaria a uma prática transformadora.

5º) Constituírem uma organização institucional e legitimada, com seus próprios intelectuais orgânicos, e, algumas vezes, com esquemas profissionalizantes.

6º) Possuírem uma organização institucional e legitimada, com seus próprios intelectuais orgânicos, e, algumas vezes, com esquemas profissionalizantes.

De uma forma geral, estas disciplinas representariam uma institucionalização de relações especificadas entre Ciência e Saber, e contribuiriam para a estabilização ideológica dos propósitos mais gerais e idealistas das ciências e sua realização como prática concreta em uma dada formação social. Assim, como a

Medicina Preventiva seria uma das diferentes disciplinas-tampões da Medicina, a Extensão Agrícola o seria da Agronomia, o serviço social das Ciências Sociais, etc.

Em última análise, dada a articulação da medicina com o modo de produção capitalista, a medicina preventiva surge como uma disciplina-tampão que, referindo-se a uma mudança da prática médica, em última instância contribui para a manutenção da articulação referida, oferecendo-se como um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÕES

Nossa tentativa de aproximação entre o projeto arqueológico e a Ciência da História possibilitou-nos estabelecer as relações entre a Prática Discursiva da Medicina Preventiva e a análise em diferentes instâncias de um dado modo de produção. Pretendemos, em última análise, situar o extra-discursivo como sendo o próprio objeto do Materialismo Histórico que serviu como referência geral para situarmos o discurso, que assim abandonou sua liberdade para articular-se com instâncias de uma formação social.

Este instrumental teórico permitiu que nos afastássemos das sucessões cronológicas, da determinação das influências dos sujeitos, das análises de conteúdo, para a aproximação da estrutura de um fato social em toda sua especificidade, ou seja, a emergência e constituição do movimento preventivista.

Permitiu também, ao final, que levantássemos a suposição de que o movimento preventivista não existe em uma singularidade única, mas, sim, que faz parte de um movimento mais geral de institucionalização de relações específicas da Ciência e do Saber, por via disciplinar, que tem como função fundamentar as relações que estas ciências mantêm com necessidades geradas no interior de uma formação social e não resolvidas.

Nosso projeto sofreu duas limitações importantes. A primeira relativa à ausência de uma análise do próprio conhecimento médico reorganizado pelo discurso preventivista, o que suporá o desenvolvimento de uma Epistemologia da Medicina, e a

segunda relativa a um estudo do conjunto das Práticas Empíricas Experimentais desenvolvidas pelos Departamentos de Medicina Preventiva, o que suporia um vasto trabalho de campo, no momento fora de nossas possibilidades.

Em síntese, esperamos que nosso trabalho possa ter contribuído em algo para a constituição de uma Teoria Social da Medicina, que a situe como uma entre as outras Práticas Sociais, dotada de uma historicidade própria.

Em relação ao estudo específico da Medicina Preventiva, seguem nossas principais conclusões:

- A Medicina Preventiva, como disciplina do ensino médico, fez seu aparecimento na Inglaterra e logo foi transplantada para os Estados Unidos e Canadá, onde se configurou como um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude formada nas Faculdades de Medicina.

- A Medicina Preventiva ocupou o espaço deixado pela Higiene Privada, invertendo a normalização das atitudes dos indivíduos para a normalização da conduta profissional, ou seja, incorporou a cultura higiênica, que devia ser difusa no espaço social, ao cuidado médico.

- Como um projeto de mudança da prática médica, a Medicina Preventiva representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico.

- O fundamento da proposta preventivista baseou-se em uma redefinição dos contornos do profissional médico que deveria ser imbuído de um novo conjunto de atitudes que o relacionassem com a comunidade, com os serviços públicos de saúde, com a promoção e a proteção da saúde do indivíduo e de sua família. Como base para esta redefinição das funções médicas, introduziu-se o conceito ecológico de saúde e doença e uma visão da história da Medicina que caminhava inexoravelmente para a Medicina Preventiva.

- Para encontrar a sua especificidade, a Medicina Preventiva realizou um trabalho de delimitação com a Medicina Social e a Saúde Pública, afirmando a sua própria identidade com a Medicina Clínica. O fundamento da delimitação baseava-se em que a Medicina Preventiva era simplesmente uma nova forma da Medicina privada, enquanto as outras duas representavam uma participação estatal.

- O discurso preventivista, após o seu desenvolvimento nos países centrais, ganhou, depois da Segunda Guerra Mundial, uma expansão para a América Latina, através de Seminários patrocinados por agências internacionais. Desta forma, o discurso preventivista representou uma construção teórico-ideológica do real nos países dependentes, criando não só seus intelectuais orgânicos, como também uma forma de pensar estas novas realidades, transplantando não só a problemática como também a forma de pensá-la e de resolvê-la.

- Os conceitos básicos do discurso preventivista referem-se à História Natural das Doenças, à própria saúde e doença e à causalidade. O conceito ecológico de saúde e doença realiza uma síntese entre a concepção dinâmica e a ontológica, representando uma leitura duplamente otimista do fenômeno em que os dois estados são simultaneamente idênticos e diversos, existindo entre os dois uma continuidade quantitativa dos valores biológicos e qualitativa dos estados fisiopatológicos.

- A História Natural das Doenças opera como um modelo reorganizador do conhecimento médico, permitindo uma Taxonomia e uma “Mathesis”, e compondo o conhecimento fisiopatológico e epidemiológico em um mesmo espaço envolvido pelo social mistificado, cujo conhecimento é deteriorizado.

A Medicina Preventiva assume a multicausalidade, que representa uma simplificação do real e um afastamento das determinações.

- Os conceitos estratégicos:

A Integração representa um conceito político do movimento, em relação à escola médica, procurando a formação de uma consciência difusa que, levando a um consenso, determinasse a transformação da própria escola.

A Inculcação, operando através da noção de contato que pretende vencer a resistência estudantil ao modelo preventivista, realiza uma redução do espaço social a uma leitura clínica e cria um espaço para um discurso pedagógico e tecnológico da aprendizagem.

O conceito de Mudança introduz a noção de que a história é feita pelos sujeitos em particular e procura demonstrar uma autonomia política do setor saúde, neutralizando o conjunto das relações sociais que determinam o setor e o próprio sujeito em suas ações, tratando-se de uma mudança que só existe na materialidade do discurso.

- A análise da viabilidade do projeto preventivista em um modo de produção capitalista, dada a articulação da Medicina com o mesmo, revelou que:

a) enquanto projeto da sociedade civil, a introdução das medidas preventivistas ao cuidado médico dependem de que estas medidas adquiram valor de troca, ou sejam impostas pela lógica da produção. A introdução das atitudes sociais, epidemiológicas e educativas estão em antítese com esta forma de organização do cuidado médico. Diante disto, a viabilidade de transformação da escola médica é limitada, neste modelo, a projetos experimentais;

b) enquanto projeto do Estado, pode levar a uma introdução dos objetivos preventivistas, desde que exista uma reorganização da prática médica com uma redefinição das relações sociais existentes e uma posterior mudança do ensino que refletisse esta prática modificada.

c) o impacto das concepções preventivistas sobre as condições de saúde da população fica limitado, nos dois modelos, à não solução da contradição fundamental existente, isto é, ao uso atribuído à vida humana nas diferentes formações sociais.

- O movimento preventivista, em síntese, possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações.

- Ao introduzir nas escolas médicas uma discussão sobre a Teoria da Medicina, a Medicina Preventiva tem possibilitado o aparecimento de núcleos de reflexão sobre esta teoria, que poderão se constituir em um novo campo da Prática Teórica, delimitando o ideológico no interior da Medicina.

- Finalmente, na América Latina, o movimento preventivista como tendência vem se deslocando no sentido de projetos racionalizadores da atenção médica, constituindo-se no solo para a introdução da racionalidade da produção no interior da prática médica.

BIBLIOGRAFIA

AHUMADA, J. et alli. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington, D.C. OPS/OMS, 1965 (Publicação científica no. 111).

ALTHUSSER, L. La revolución teórica de Marx. México, Siglo XXI, 1967.

_____. Sobre la relacion de Marx com Hegel. In: _____. Escritos I. Bogotá, Ediciones Contacto, 1971.

_____. Ideologia y aparatos ideológicos del Estado. Estúdios Interdisciplinares, 1: 101-37, 1973a.

_____. Resposta a John Lewis. Portugal, Editorial Estampa, 1973b.

_____ e BALIBAR, E. Para leer el capital. 4ª. Ed. México, Siglo XXI, 1970.

ANDERSON, G. W. et alli. Control de enfermedades transmissibles. Para personal de Salud Pública. 4ª. Ed. México, Interamericana, 1965.

ARIÈS, P. La muerte invertida; el cambio de actitudes ante la muerte em lãs sociedades occidentales. In: CIDOC ANTOLOGIA: A6. Alternativas al médico. Cuernavaca, CIDOC, 1973. p. 1/1-24.

ARNOULD apud BECQUEREL, A. Traité élémentaire d'hygiène. 7a. ed. Paris, Asselin, 1883. p.2.

AROUCA, S. História natural da tuberculose. SEMINÁRIO da CIÊNCIA da CONDUTA, patrocinado pela OPS/OMS, Campinas, 1970. (Mimeografado).

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. Seminário de Educacion Médica. Calli, 1955. (Mimeografado).

ASOCIACION DE FACULTADES ECUATORIANAS DE MEDICINA. Seminário Nacional de Educacion Médica. Cuenca, AFEME, 1971.

ASOCIACION PERUANA DE FACULTADES DE MEDICINA. Seminário Nacional de la Enseñanza de la Medicina Preventiva. En los Programas Acadêmicos de Medicina Humana del Peru. Lima, 1974. (Mimeografado).

ASOCIACION VENEZOLANA DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA. Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social em lãs Escuelas de Medicina de Venezuela. Caracas, 1967. (Publicacion no. 3).

BACHELARD, G. La formación del espíritu científico. Buenos Aires, Siglo XXI, 1972.

BADIOU, A. O (re)começo do materialismo dialético. In: COELHO, E. P. Estruturalismo; antologia de textos teóricos. Lisboa, Portugalia, 1968. p.321-57.

BARTHES, R. Elementos de semiologia. São Paulo, Cultrix, 1971.

_____. Mitologias. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1972.

BASAGLIA, F. et alli. Psiquiatria e Ideologia de la locura? Barcelona, Anagrama, 1972.

BASSO, L. apud MARCUSE, H. Contra-revolução e revolta. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.

BASTOS, N. C. de B. O ensino da Medicina Preventiva no curso médico. Rio de Janeiro, 1969.

BAUDELOT e ESTABLET. L'École capitaliste in France. Paris, Maspero, 1971.

BECQUEREL, A. Traité élémentaire d'hygiène. 7ª. Ed. Paris, Ed. Asselin, 1883.

BERLINGUER, G. Introduction. In: Medicina y Sociedad. Barcelona, Fontanella, 1972. p. 7-15.

BERNARD, C. apud BUNGE, M. Causalidad – el principio de la causalidad en la ciencia moderna. 2ª. Ed. Buenos aires, Eudeba, 1965. p. 39.

BERNIS, G. D. Economie et Santé. Bull. Trimestriel de l'École Nationale de la Santé Publique. 7eme anée, (1): 3-41, 1974.

BETTELHEIM, C. H. A problemática do subdesenvolvimento. In: _____. Planificação e crescimento acelerado. Rio de Janeiro, Zahar, 1965. p. 31-51.

BOLTANSKI, L. La Decouverte de la Maladie. Paris, Centro de Sociologie Européenne, 1968.

BOSQUET, M. Tem a Medicina alguma utilidade? (II). Opinião (115), 17 de janeiro. P. 19, 1975.

BOURDIEN, P. La reproduction. Paris, Éditions Minuit, 1970.

BOURDIEN, P e PASSERON, J. C. Les héritiers, Paris, Éditions de Minuit, 1964.

BOYD, M. S. Preventive Medicine. 5a. ed. Philadelphia, Saunders, 1936.

BROWN, J. W. apud ELLSWORTH, P. T. Economia Internacional. São Paulo, Atlas, 1968. p.411.

BUNCE, M. Causalidad – el principio de causalidad em la ciência moderna. 2ª. Ed. Buenos Aires, Eudeba Editorial Universitária, 1965.

BYRD, O. E. Higiene. 3ª. Ed. México, Editorial Interamericana, 1965.

CAMPOS, P. M. e GARCIA, E. R. Medicina y Sociedad em el Romanticismo. In: ENTRALGO, P. L. Historia Universal de la Medicina. Barcelona, Salvat, 1973. Vol. 5, p. 337-45.

CANGUILHEM, G. Lo normal y lo patológico. Siglo XXI, 1971.

_____. O objetivo da história das ciências. Tempo Brasileiro, (28): 7-21, 1972.

CARDOSO, W. Saúde pública e ensino médico. Rev. Assoc. Med. Bras., 12 (3): 105-10, 1966.

CARO, G. La medicina impugnada. Barcelona, Editorial Laia, 1972.

CARVALHO, H. V. de. Medicina social; um ponto de vista. Med. Moderno, 6(3): 78-84, 1966.

CASANOVA, P. G. Sociologia de la Explotación. 3ª. Ed. México, Siglo XXI, 1971.

CASTELLS, M. Problemas de Investigación em la Sociologia Urbana. Madrid, Siglo XXI, 1971.

CARLSON, R. J. El fin de la Medicina. In: CIDOC ANTOLOGIA A6. Alternativas al Médico. Guernavaca, CIDOC, 1974.

CESAR, C. M. A influência de Brunschwig na concepção evolutiva do conhecimento científico em Gaston Bachelard. São Paulo, s.d. Fac. Filosofia, Ciências e Letras de São Paulo.

CHAVES, M. M. Saúde e Sistema. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.

CID, F. Introducción al conocimiento de la medicina. Barcelona, Editorial Expaxs, 1972.

CLARK, D. W. e MACMAHON, B. Preventive medicine. New York, Little Brow, 1967.

CLIMEP. sua especialidade é Medicina Preventiva. Med. Moderno, 2(1): 67-73, 1969.

COELHO, E. P. Introdução a um pensamento cruel: estruturas, estruturalidade e estruturalismos. In: Estruturalismos: antologia de textos teóricos. Lisboa, Portugalia, 1968, p. III-LXXV.

COLORADO SPRING Conference. The expanding opportunities and responsibilities of the phisician. J. Med. Education, 28(pt 2): 1-10, 1953a.

_____. Preventive Medicine in Medical Scholls. J. Med. Education, 28(pt 2): 11-26, 1953b.

COMITÉ D'Action Santé. Médecine. Paris, François Maspero, 1968.

COMITE de Expertos de OPS/OMS em la enseñanza de la medicina preventiva y social. Primer informe. Washington, D.C., Oficina Sanitária Panamericana, 1969. (Série Desarrollo de recursos humanos, n.6)

COMITE de Expertos de OPS/OMS em la enseñanza de la medicina preventiva y social. Washington, D.C., Oficina Sanitária Panamericana, 1974. (Primer borrador, Mimeografado).

COMITE UNDERGRADUATE MEDICAL EDUCATION, 1950 apud TOBAR ACOSTA, M. J. Objetivos da Educação Médica. Transcrição da Declaração de Princípios. Campinas, 1969. (Mimeografado).

CONGRESSO Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y Educadores Sanitarios. Conclusiones. Montevideo, 1956. p.43-50.

CONGRESSO Interamericano de Higiene, La Habana, 1952 apud MOLINA, G. e ADRIASOLA, E. G. Principios de Administración Sanitaria. Santiago, Universidad de Chile, 1955.

CONTI, L. Estructura social y medicina. In: BERLINGUER, G. Medicina y sociedad. Barcelona, Editorial Fontanella, 1972. p. 287-324. (Libros de confrontación. Serie sociología I).

D'ALLONES, O. R. Michel Foucault: las palabras contra las cosas. In: Análisis de Michel Foucault. Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1970. p. 34-57.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Documentos Básicos. Campinas, 1974. (Mimeografado).

DEPARTAMENTO DE SALUD para la COMUNIDAD, Bogotá. Programas docentes. Bogotá, 1971.

DONNANGELO, M.C.F. O médico e o mercado de trabalho. São Paulo, 1972. (Tese – Fac. Med. USP).

DREITZEL, H.P. Introduction. In: _____. The Social Organization of Health. New York, Macmillan, 1971. p. V-XVII.

ELLSWORTH, P.T. Economia internacional. São Paulo, Atlas, 1968.

ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 4º., RIBEIRÃO PRETO, 1969. Programas Docentes. Apresentado pelo Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 1969. (Mimeografado).

_____, 5º, BOTUCATU, 1970. Programação dos cursos. Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva, Social e Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu. Botucatu, 1970. (Mimeografado).

_____, 7º, SÃO PAULO, 1970. Documento Básico de Estudo. São Paulo, 1970b. (Mimeografado).

_____. Contribuição para a Discussão sobre Objetivos do Departamento de Medicina Preventiva nas Escolas Médicas. Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina do Norte do Paraná. São Paulo, 1970c. (Mimeografado).

_____. Objetivos da Medicina Preventiva e(ou) Social. Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. São Paulo, 1970d. (Mimeografado).

_____. Relatório sobre o tema: objetivos do ensino da medicina preventiva. Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Fac. Med. Da USP. São Paulo, 1970e. (Mimeografado).

_____. Relatório Final. São Paulo, 1970f. (Mimeografado).

_____, 10º, SÃO PAULO, 1973. Documento Preliminar. São Paulo, 1973^a. (Mimeografado).

_____. Relatório Final. São Paulo, 1973b. (Mimeografado).

ENGEL, G.L. A unified concept of Health and diseases. Perspect. Biol. Med., 3(1):459-85, 1960.

ENGELS, F. Le proletariat agricole et l'attitude de la bourgeoisie a l'égard do proletariat. In: La situation de la classe laborieuse em Angleterre. Paris, Sociales, 1960.

ENTRALGO, P.L. La historia clínica. Madrid, CSIC, 1950.

_____. Concepto de la Salud y Enfermedad. In: BALCELLS, C. A. et alii. Patología general; etiología e fisiopatología. 3a. ed. Barcelona, Toroy, t.I. p.1-18.

ESCOBAR, C.H. de. Discurso científico e discurso ideológico. In: O homem e o discurso. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1971. p. 67-90. (Comunicação no. 3)

EVANG, K. Contributions towards the philosophy of health. Int. J. Health Serv., 1: 98-105, 1971.

EXECUTIVE COUNCIL OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. The objectives of undergraduate Medical Education, Eighth Revision, 1953. Jour. Med. Edu. 28 (3): 57-59, 1953.

FEREDACION PANAMERICANA de Asociaciones de Facultades de Medicina. Programa de enseñanza de medicina de la comunidad. Documento base. Rio de Janeiro, 1973. (Doc. DE/MC-4, Mimeografiado).

FERRARA, F.A. et alii. Medicina de la comunidad. Buenos Aires, Intermédia, 1972.

FICAHNT, M. e PÉCHEUX, M. Sobre la historia de las ciencias. Buenos Aires. Siglo XXI, 1971.

FISH BEIN, M. A history of the American Medical Association 1847 to 1947. Philadelphia, saunders, 1947.

FITZGERALD, J.G. Undergraduate instruction in hygiene and preventive medicine. J.Assoc.Am.Med.Colleges, 2(4): 240-46, 1936.

FLEXNER, A. La formation de Médecin en Europe et aux États-Unis. Paris, Manson, 1927.

FOUCAULT, M. Histoire de la folie: a l'age classique. Paris, Plou, 1961.

- _____. El nacimiento de la clinica. México, siglo XXI, 1966.
- _____. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1968a.
- _____. Entrevista concedida a Quingaine Lihéaire. In: Estruturalismo: antologia de textos teóricos. Lisboa, Portugalia, 1968b. p. 29-36.
- _____. Las palabras y las cosas. 2ª. Ed. México, Siglo XXI, 1969.
- _____. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro, Vozes, 1971ª.
- _____. Resposta ao círculo epistemológico. In: Estruturalismo e teoria da linguagem. Rio de Janeiro, Vozes, 1971b. p. 9-55.
- _____. Resposta a uma questão. Tempo Brasileiro (28): 57-81, 1972.
- _____. Nascimento da Medicina Social. Conferência pronunciada no Instituto de Medicina Social da U.E.G. Rio de Janeiro, outubro, 1974.
- _____ et alii. Medicina e luta de classe. In: Rumo a uma anti-medicina. Lisboa, Iniciativas Editoriais, 1972.
- FREITAS, J.L.P. de. La enseñanza de la medicina preventiva y social. SEMINARIO CENTROAMERICANO de EDUCACIÓN MEDICA, 1º. 1961. Anais. Tegucigalpa, Editorial Universitária, 1961. p. 195-202.
- _____. Memorial apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para concurso de cátedra. Ribeirão Preto, 1963. (Mimeografado).
- FURTADO, C. Subdesenvolvimento e Estagnação na América Latina. 2ª. Ed., rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.

GAETE, A.J. e CASTAÑON, R. El desarrollo de las Instituciones medicas em Chile durante este siglo. Santiago, s.d. (mimeografado).

_____ e TAPIA, I.P. Ciências Sociales; uma discussão acerca de su enfoque em medicina. Cuad.Med.Soc. XI(2): 1970.

GARAUDY, R. Marxismo do século XX. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1967.

GARCIA, J.C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales em las escuelas de medicina. Ed.Med.Sal., 5: 130-50, 1971.

_____. La educación medica em la América Latina. Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1972. (Publicación científica, v.255).

GENERAL MEDICAL COUNCIL apud NEWMAN, G. The permeation of the medical curriculum by Preventive teaching. Brit.M.J. 2: 347, 1923.

GERMANI, G. Sociologia de la modernización. Buenos Aires, Paidós, 1969.

GERNEZ-RIEUX, C. e GERVOIS, M. Médecine préventive, santé publique et hygiene. 3ª. Ed. Paris, Flammarion, 1971.

GONZALES, M.M. Sanidad Publica: Concepto y Encuadramiento. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1970.

GRAMSCI, A. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.

HARNECHER, M. Los conceptos elementales del materialismo histórico. 13ª. Ed. México, Siglo XXI, 1972.

HECKHAUSEN, H. Discipline and interdisciplinarity. In: Interdisciplinarity. Nice, Organization for Economic Cooperation and Development, 1972. p. 83-9.

HEGEL, G.W.F. Textos dialéticos. Rio de Janeiro, Zahar, 1969.

HERBERT, T. Reflexiones sobre la situación teórica de las ciencias sociales, especialmente de la psicología social. In: MILLER, J. A. e HERBERT, T. Ciencias sociales: Ideología y conocimiento.

HILLEBOE, H.E. e LARIMORE, G.W. Medicina Preventiva. São Paulo, SERPEL, 1965.

HOBBS, T. Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil. São Paulo, Abril Cultural, 1974.

HUBBARD, J.P. Integration of the medical curriculum. In: WORLD CONFERENCE on MEDICAL EDUCATION, 1a., London. Proceedings. 1953.

ILLICH, I. La importación de la muerte natural. In: CIDOC ANTOLOGIA A6. Alternativas al Médico. Cuernavaca, CIDOC, 1973. p. 42/1-41.

_____. Nemesis Medicae. Cuernavaca, CIDOC, 1974.

JANINI, J. La historia natural del estado de salud y enfermedad. Washington, D.C., OPS/OMS, 1972. (Informe al Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, Mimeografiado).

JANTSCH, E. Towards interdisciplinarity and transdisciplinarity. In: Interdisciplinarity. Nice, Organization for Economic Cooperation and Development, 1972.

KLOETZEL, K. As bases da medicina preventiva. São Paulo, EDART, 1973.

KOCH, R. apud CID, F. Introducción al conocimiento de la medicina. Barcelona, Espaxs, 1972.

LABASTIDA, J. Producción, ciencia y sociedad; de Descartes a Marx. 2ª. Ed. México, Siglo XXI, 1971.

LAGRANGE, H. A propósito de la escuela. S.n.t. (Mimeografado).

LASSO DE LA VEJA, J. S. apud GARCIA, J.C. La educación médica em América Latina. Washington, D.C., Oficina Sanitária Panamericana, 1957. p. 391-2 (Publicação científica v. 255).

LEATHERS, W. S. Development of the clinical concept in teaching preventive medicine. J.Assoc.Am.Med.Colleges, 7(2): 86-96, 1932.

LEAVELL, H. e CLARCK, E.G. Preventive medicine for the doctor in his community. 3A. ed. New York, McGraw-Hill, 1965.

LEBON, S. et alii. Un positivista desesperado: Michel Foucault. In: Analisis de Michel Foucault. Buenos Aires, Tiempo Contemporâneo, 1970. p. 94-121.

LECOURT, D. A arqueologia e o saber. In: O homem e o discurso. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1971. p. 43-66.

LEFEBVRE, H. Claude Lévi-Strauss e o novo eleatismo. In: Debate sobre o estruturalismo: uma questão de ideologia. São Paulo, Editora Documentos, 1968.

LEFF, S. Social médecine. London, Routledge, 1953.

LESER, W. Abertura do 1o. Encontro de Escolas de Medicina. Bíceps. 1: 9-11, 1970.

LUZ, M. A. Por uma nova filosofia. In: Epistemologia e Teoria da Ciência. Rio de Janeiro. Vozes, 1971. p. 30-86. (Epistemologia e Pensamento Contemporâneo, V.2).

MACMAHON, B. et alii. Métodos de epidemiologia. México, Prensa Médica Mexicana, 1965.

MARCUSE, H. Contra Revolução e Revolta. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.

MARX, K. O Capital – crítica da Economia Política. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968. Vol. 1. p.1-579.

_____. El capital. Libro I. Capítulo 6. (inédito). 2ª. Ed. Buenos Aires, Siglo XXI, 1972.

MASCARENHAS, R. dos S. Problemas de saúde pública no Estado de São Paulo. Arq.Fac.Hig.Saúde Pública, 8(1): 1-13, 1954.

_____ et alii. O Ensino de Medicina Preventiva em Escolas de Medicina. Arq.Fac.Hig., 15/16: 17-24, 1961/1962.

_____ et alii. Um Programa de Medicina Preventiva para Escolas de Medicina. Arq.Fac.Hig. Saúde Pública, 17(2): 265-82, 1963.

MENDONÇA, A.S. Para ler Michel Foucault. In: Epistemologia e teoria da ciência. Rio de Janeiro, Vozes, 1971. p. 198-228. (Epistemologia e Pensamento Contemporâneo, V.2).

MERCENIER, P. La Medicine Preventive. Ann.Soc.Belge Med.Trop. 50(4): 373-390, 1970.

MILLER, J.A. Preventive medicine in modern practice. New York, Paul e Hoeber, 1942.

_____ apud COELHO, E.P. Introdução a um pensamento cruel: estruturas, estruturalidade e estruturalismos. In: Estruturalismo; antologia de textos teóricos. Lisboa, Portugalia, 1968, p.XIX.

OPS. Enseñanza de la medicina preventiva y social em las escuelas de medicina de la América Latina. Washington, D.C., 1969. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, no. 6).

PANTOJA, W.P. e TONNASI, T. Ensino médico. A medicina social. J.Bras.Med. 24(1):20-3, 1973.

PAUL, J.R. Preventive medicine at the Yale University School of Medicine. J.Assoc.Am.Med.College, 16: 312-16, 1941.

PAULA SOUZA, G. Apresentação da edição. In: SMILLIE. Medicina Preventiva e Saúde Pública. São Paulo, sociedade Brasileira de Higiene, 1950.

PAYNE, A.M.N. Inovação a partir da unidade. Apresentado no Sixtieh Anniversary Conference of the Milbank Memorial Fund. New York, 1965. (Mimeografado).

PEIXOTO, A. Tratado de medicina pública. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1938.

PELLEGRINI FILHO, A. Observação sobre alguns programas de medicina da comunidade Latinoamericana com especial ênfase em seus aspectos sociais. Campinas, 1974. (Mimeografado).

PERKINS, W.H. Teaching preventive medicine to undergraduate medical students. J.Assoc.Am.Med.Colleges, 17: 248-52, 1942.

PIAGET, J. O estruturalismo. São Paulo, difusão Européia do Livro, 1970.

_____. Problemas gerais da investigação interdisciplinar e mecanismos comuns. Lisboa, Bertrand, 1973.

PIERANGELI, E. Medicina preventiva; seu conceito e aplicação. CONGRESSO INTER-AMERICANO de MEDICINA, 1º., Rio de Janeiro, 1946. Anais. Rio de Janeiro, 1946. p. 449-56.

POLACK, J. La médecine du capital. Paris, Maspero, 1972.

PONCE, E.V. e MENDEZ, E.A. Nociones de higiene y medicina social. Cordoba, Editorial Vasquez, 1950.

POULANTZAS, N. Hegemonia y dominacion em el estado moderno. Córdoba, Ediciones Pasado y Presente, 1969.

_____. Poder político y clases sociales em el estado capitalista. 4ª. Ed. México, Siglo XXI, 1972.

PROBLEMAS teóricos de la aplicacion de lãs ciências sociales a problemas médicos. Ecuador, 1972. (Mimeografado). (Informe Preliminar não oficial da Reunião patrocinada pela OPS/OMS).

RANCIÈRE, J. Sobre a teoria da ideologia. Porto, Portucalense Editora, 1971.

REIDERMAN, A.P. El papel del epidemiólogo em la planificación de desarrollo econômico. Washington, D.C., OPS/OMS, 1966. (Publicacion científica no. 141).

RENJIFO, S. Enseñanza de medicina preventiva y salud publica em la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle. Calli, Colômbia. Bol.Of.San.Pan. Vol. XLVII (5), 1959.

RICO, A.L. La enseñanza de la medicina preventiva em Chile, Brasil y Colômbia. Salud Publica Mex., 7(5): 747-65, 1965.

RIOS, A. Medicina preventiva; tentativa de conceito. 1965. (Mimeografado).

RIZZI, C. et alii. Introducción a la medicina sanitaria. Buenos Aires, Lopez Libreros, 1973.

RODRIGUEZ, G. Medicina preventiva. Buenos Aires, Editorial Americanas, 1945.

ROSEN, G. The evolution of social medicine. In: FREEMAN, H.E. et alii. Handbook of medical sociology. New York, Prentice Hall, 1963. p. 18-51.

ROUANET, S.P. A gramática do homicídio. In: O homem e o discurso. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1971. p. 91-139. (Comunicação, v.3).

_____ e NERQUIOR, J.G. Entrevista com Michel Foucault. In: O homem e o discurso. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1971. p. 17-42. (Comunicação v.3).

ROUSSEAU, J.J. Do Contrato Social. São Paulo, abril Cultural, 1973.

RYLE, J.A. Social Medicine. New York, Geoffrey Cumberlege, 1949.

SAN MARTIN, H. Salud y enfermedad. Mexico, Prensa Medica Mexicana, 1968.

SANTAS, A.A. Cambio y Educacion Médica. Panamerican Conference on Medical Education, 4º., Toronto. Proceedings. Toronto, 1972. p. 1-6.

SARTRE, J.P. Resposta a revista L'Arc. In: COELHO, E.P. Estruturalismo; antologia de textos teóricos. Lisboa, Portugalia, 1968. p. 125-138.

SCORZELLI JR., A. O ensino da medicina e as perspectivas da medicina preventiva. Arq. Higiene, 22(1): 45-63, 1966.

_____. Medicina preventiva; ensino e treinamento. J.Bras.Med., 24(4):34-46, 1973.

SHANK, R.E. Nutrition in Preventive Medicine. In: LEAVELL, H.R. e CLARK, E.G. Preventive Medicine for the doctor in his community. 3A. ed., New York, Mc Graw-Hill, 1965. p.171-213.

SIGERIST, H. Historia y sociologia de la medicina. Bogotá, 1974.

SIMON, R. Crítica da medicina liberal. Porto, Publicação Escorpião, 1973.

SILVA, G.R. da. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. Rev.Hosp.Clin.Fac.Med.S.Paulo, 28: 91-96, 1973.

SITUAÇÃO da Medicina Preventiva na Bahia. Bíceps, 1: 26-6, 1970.

SMILLIE, W.G. The integration of teaching content and methods. J.Assoc.Am.Colleges, 22(3): 164-72, 1947.

_____ e KILBOURME, E.D. Preventive medicine and public health. 3A. ed. New York, MacMillan, 1966.

SONIS, A. et alii. Medicina sanitaria y administracion de salud. Buenos Aires, El ateneo, 1971.

STALLONES, R.A. El ambiente, la ecologia y la epidemiologia. Washigton, Oficina Sanitária Panamericana, 1971. (Publicacion cientifica, no. 231).

SUSSER, M. Causal thinking in the health sciences. New York, Oxford University Press, 1973.

TAYLOR, C.E. The teaching of preventive medicine around the world. J.Med.Education, 32(6): 399-409, 1957.

TOBAR ACOSTA, M.J. Diagnóstico de saúde em membros de um grupo de famílias do bairro “Jardim dos Oliveiras”, Município de Campinas, Estado de São Paulo. Campinas, 1972. (Tese – Fac. Med. UNICAMP).

_____. O papel do Departamento de Medicina Preventiva na utilização da comunidade para a educação médica. Campinas, s.d. (mimeografado).

