Capítulo III – A emergência da Medicina Preventiva

Sergio Arouca

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AROUCA, S. A emergência da Medicina Preventiva. In: *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, pp. 109-150. ISBN: 978-85-7541-610-5. Available from: doi: [10.7476/9788575416105.0012](https://doi.org/10.7476/9788575416105.0012). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/q7gtd/epub/arouca-9788575416105.epub>

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

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 XIX, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a *segunda*, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 1930 e 1940 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 às 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 1930 e 1940 nos Estados Unidos e, finalmente, a redefinição dos contornos do profissional médico que responderia a essas críticas.

Higiene

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

Durante o absolutismo (Hobbes, 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 esse 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 planejamento de saúde, constando 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 as populações mais pobres. Porém, o trabalho fundamental que caracteriza essa época é o de Johann Peter Franck sobre Política Médica, que representava um sistema completo de normas a serem seguidas. Nesse período, no dizer de Sigerist, faz-se uma "*higiene desde arriba*".

Em oposição às idéias absolutistas, aparece o *Contrato social* de Jean-Jaques 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 dessa alienação.

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

O desenvolvimento das idéias de Rousseau culminou na Revolução Francesa, com a qual se desenvolvem intensas atividades sanitárias e o

florescimento de concepções políticas da Medicina e da Higiene, como 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 que vários dos seus defensores lutassem pessoalmente nas barricadas de 1848 pela liberdade e pelo socialismo, como Newman e Virchow, tendo as associações camponesas lutado por assistência médica e fornecimento gratuito de medicamentos (Engels, 1960).

O que queremos especificar é que a higiene se caracteriza, no século XIX, 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 ideología del liberalismo burgués con su victoria sobre el cerrado mundo aristocrático y sobre el empuje proletário socializante, y la igualmente liberal y individualista que empregna la teoría y práctica de la medicina, convertirá a los médicos en aliados y defensores naturales de este orden social burgués. (Campos & Garcia, 1973)

Essa é a higiene do fim do século XIX e início do século XX.

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

Em vários livros da primeira metade do século XX, 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 & 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 tinham sido resolvidos pela “velha medicina”, 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. O doente é um sacrílego e deve ser afugentado e banido. Assim acontecia com os epilépticos, os leprosos, os sífilíticos. Na fase heróica do cristianismo, esse modo de sentir culminou num conceito aparentemente contraditório – o tema da doença, sinal da cólera divina, e resignação do doente, pois 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: *res sacra 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 nessa 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. Daí, a doença não deve existir: ao invés de se premunirem contra ela os indivíduos, a comunidade se empenharia em exterminá-las.

As leis sociais de seguro e previdência, as campanhas de saneamento marcam essa direção. Essa 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 nesse 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.

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 discuta 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 sana de vivir, a un régimen higiénico constante, y haciendo lo que debes, no simplemente pensándolo, deseándolo, o sabiendolo.

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

Para cada ponto desse espaço, que caracteriza um indivíduo no conjunto de sua vida, a Higiene possui normas, recomendações medidas que, se aplicadas, fariam que esse 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, nesse 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 24 horas diárias (Ponce & 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, jardineria, carpintería, 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 causações para afirmar uma solução normativa, vindo da unidade das ciências, enquanto discursa sobre as alternativas de mudança das condições de existência, dentro da própria estrutura que determina essas 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 realiza um recorte sobre o saber, fazem que a Higiene como projeto de síntese se dissolva em suas partes. É o fim dos “tratados”, como é o fim da própria Higiene, não mais aderindo à 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 desses 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 que, na 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 máguia, 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 informada de que morreu.

E prossegue:

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

Dessa maneira, a Higiene teve, nesse princípio de século, o seu desaparecimento determinado, pelo avanço do conhecimento da “velha medici-

na”, 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.

O desenvolvimento central

A sucessão cronológica do aparecimento da Medicina Preventiva, em sua forma estrutural, diferenciando-se das condutas preventivas e superpondo-se ao próprio campo da 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, com a 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. Essa resolução foi tomada pelo General Medical Council (1923): “*that through 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*”.

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

Vejam os como se refere Newman (1923), um dos seus primeiros teóricos:

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

Para que isso seja obtido, o estudante:

- *must know the physiological standard of health and capacity from which he starts.*
- *must become really keen on the search for the etiology, the primary and secondary cause, of the morbid conditions he is investigating.*

A consecução desses 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 dessas idéias, começam a ser criados departamentos ou cátedras de Medicina Preventiva nas escolas médicas, tendo logo essas 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 (Munson & Schmit, 1938; Fitzgerald, 1936; Leathers, 1932).

Leathers (1932) realiza uma revisão da situação, concluindo que novas abordagens devem ser utilizadas para conciliar os interesses dos estudantes e das faculdades, no ensino da prevenção, devendo isso ser feito através de uma abordagem clínica.

A Associação Americana de Saúde Pública solicitou a formação de um comitê que formulasse um programa de 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 al., 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 proponentes insinuar-se de forma oportunista no ensino. Acrescente-se a isso 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 desses 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 essas 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 conservation of health through prevention rather than in the diagnosis and therapy of established pathology.

O período de 1922 a 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 gerar e são geradas por um novo discurso.

O discurso inicia-se por tentativas múltiplas de definição sobre "aquilo de que 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 *"technically 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 which illness occurs in individuals (or group of individuals) 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 responsibility of the individual in the prevention of diseases and the protection of the health of himself and of his family"*

(Smillie, 1947). Porém, o resultado de suas atividades, no interior da escola médica, "*is the development and maintenance in students of a preventive attitude or approach which 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 preventivista incorporada ao estudante, que deverá desabrochar plenamente em sua prática cotidiana.

O passo seguinte do processo é a delimitação do novo 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 esses conceitos dentro da Medicina Preventiva (Perkins, 1942; Leathers, 1932; 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 esse espaço como "*that marginal land between public health and medicine*".

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

A resposta a essa pergunta não formulada é apresentada como uma tendência apologética do 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 no 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 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.

Boyd (1936) retoma a mesma idéia, advertindo:

The medical profession can and must play an 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 loosen 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 do 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 served by him and by the State.

As colocações desses 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 dessa nova dimensão, devemos estudar os elementos (ou fatos) extradiscursivos durante esse período.

O desenvolvimento, no século XIX, da política liberal baseada 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 XIX 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 Primeira 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 esse 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 ao 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 organizações comunitárias etc.

Em 1935-1936, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos publica outra investigação baseada em entrevistas em 700 mil domicílios e opiniões e recomendações de 2.100 dirigentes da medicina norte-americana. Concluía que era necessária uma revisão da atenção médica, dado que haviam mudado as condições socioeconômicas.

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 custos excessivos para 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, pondo 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 afirmavam que a grande maioria das famílias americanas contava com recursos para financiar sua atenção médica.

O presidente 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 essas 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, bloqueia 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 esse 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.

A redefinição do profissional médico

O Committee on Undergraduate Medical Education of the American Medical Association (1969) elaborou uma declaração sobre objetivos 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 (1953a, 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, e idade, bem como impactos por forças emocionais, necessidades, desgostos e influências dos costumes sociais.

Dessa 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 *responsabilidade* do médico, que inclui:

- a) a compreensão da sua própria personalidade e influência sobre 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 para 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 segundo documento, 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 gain and maintain the confidence and trust of those whom he treats the respect of those with whom he works and the support of the community in which he lives.

Esse documento, além de introduzir um tipo de pensamento classificatório e organizador dos objetivos educacionais, 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 this fields.

– Attempting to provide a detailed presentations 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 inscritas em uma evolução histórica da medicina, na procura incessante da realização de seus maiores objetivos.

O Seminário de Colorado Spring (1953a) inicia-se com uma definição das novas responsabilidades e oportunidades da prática médica, ou seja,

do próprio médico, estabelecendo quais as determinações dessa 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 of 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 diphtheria 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 isso 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 que, a partir de qualquer lugar, se mova a roda do processo social, em um movimento ascendente de espiral.

Essa 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. Homens e mulheres eram doentes porque eram pobres; tornaram-se mais pobres porque eram doentes e mais doentes porque eram pobres.

Nesse sentido, esse 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 iniciariam 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 o 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 fraca, 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 o excede em amplitude, uma vez que será encontrado na economia, na educação e na agricultura.

Em *primeiro lugar*, a noção da identidade das categorias que operam no 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 àquelas ligadas aos fenômenos de moradia, educação e nutrição, como também iguais àquelas dependentes de uma política estatal, como inversões em saneamento, prevenção e assistência.

Essa noção de ausência hierárquica das determinações leva a uma estratégia pontual 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 se 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 articulado 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 by products of ours 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, degenerative disease comes to the forefront. As mental illness increases, its victims now occupying half our hospitals beds...

Ainda:

of greatest importance has been the change in people's attitude 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-se que essas 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 exis-

tentes e que, em última instância, colocam 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 se articula ideologicamente com o saber. O ponto do 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 à sua área profissional.

Dessa maneira, as relações discursivas estabelecidas, que possibilitaram a emergência desse discurso, referem-se a um campo de causalidade. O primeiro que estabelece as relações entre as categorias do fenômeno saúde-doença com categorias socioeconômicas 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, visto que, aqui, assumindo a causação, as categorias equiparam.

O segundo, que parte de um privilegiamento antropológico sobre as mudanças sociais, desprezando todo o conhecimento científico da sociedade que provocou um descentramento do sujeito para privilegiar na análise, as estruturas, portanto um mecanismo de centralização antropológica.

Dessa 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 uma 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 dessa nova totalidade ecológica e para a sua solução, amplia-se a rede de relações sociais do médico, que, ultrapassando o paciente, chega à família, à comunidade e prepara o campo para uma transformação da educação médica.

3º) *Espacialização terciária*: em que se consideram os gestos pelos quais se instauram a produção, a delimitação e a estratégia para a formação desse novo profissional.

É sobre esse campo complexo, herdeiro da higiene, instrumento e agente dessas especializações que surge a Medicina Preventiva.

Os documentos da conferência de Colorado Spring (1953a), 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:

– 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 desse 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 Pan-americana 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?

Dessa 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 do 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 respostas, 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 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 se cristaliza 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 no 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 dessas novas relações internacionais que vai se gerar o conceito de subdesenvolvimento que, designando de forma nova uma realidade antiga e que tendo surgido no seio desses organismos internacionais, vai originar toda uma estratégia de ação (Bettelheim, 1965) baseado nesta teoria. Isso decorreu de uma nova forma de divisão do poder internacional após a Segunda Grande Guerra, em que as superpotências 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 decorreram no plano imediato desse equilíbrio do poder, a Teoria da Contenção, que se objetivou na guerra fria, e a Teoria do Subdesenvolvimento, que se objetivou em novas formas de auxílio internacional dentro das chamadas "áreas de influência".

2º) Diante desse quadro, modifica-se o posicionamento de determinados grupos de intelectuais que são absorvidos nessas novas relações, em que a "experiência própria" em processos de mudança transforma-os 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, dado que o correto seria a formação de uma cultura higiênica universal. Portanto, por um lado, a Higiene é absorvida pelo Estado na Saúde Pública e, por outro, ela cria um espaço a ser preenchido por uma legitimação profissional.

O enfrentamento nas décadas dos 1930 e 1940 nos Estados Unidos é o 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 no 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 essa 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. Essa 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 desse espaço dentro da educação médica denominada 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 se investem em suportes técnicos-materiais, como as condutas preventivistas (ressonância).

Desenvolvimento periférico

A Medicina Preventiva é uma nova atitude incorporada à prática médica e essa atitude deve ser desenvolvida durante o processo de formação do médico, através de meios e pessoal específicos. Assim, esse 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.

Sendo definido que a mudança do ensino médico representava a estratégia fundamental para o desenvolvimento de uma atitude preventivista, realiza-se uma série de encontros e conferências internacionais com o objetivo de desenvolver essa área dentro das escolas médicas, quais 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 Springs (Estados Unidos) para o Canadá, Jamaica e Estados Unidos, em novembro de 1952, e de Nancy (França) para os países europeus, em dezembro desse mesmo ano; a Primeira Conferência Mundial sobre o Ensino Médico em Londres e, em 1950, o Primeiro Congresso Panamericano de Educação Médica.

Todos estes encontros levaram a que a Organización Panamericana de la Salud (1956) iniciasse a preparação de um Seminário que seria básico para a implantação do ensino de Medicina Preventiva na América Latina e que serviu de marco teórico para esse movimento: o Seminário de Viña del Mar e Tehuacan. A primeira parte do Seminário realizou-se em outubro de 1955, na Chile, com a 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 desse Seminário acham-se sistematizadas no Quadro 1 e por elas podemos verificar que os Departamentos de Medicina Preventiva, para alcançar seus objetivos, deveriam provocar uma mudança no nível da escola médica, promovendo um sistema de integração curricular aliado também a uma mudança de atitudes dos docentes e, ainda, deveriam inaugurar um novo sistema de relações com os órgãos de saúde, oficiais ou não, e o ambiente acadêmico. Todo esse 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 (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1955; Organización Panamericana de la Salud, 1969; Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, 1967; Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina, 1971; Asociación Peruana de Facultades de Medicina, 1974; Congresso Nacional de Professores 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 al., 1962, 1963; Pantoja & Thomas, 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; 1970a; 1970b; 1970c; 1970d; 1970e; 1970f), relatórios de visitas a programas (Rico, 1965; Organización Panamericana de la Salud, 1963; Pellegrini Filho, 1974), novos livros (Bastos, 1969; San Martin, 1968; Ferrara et al., 1972; Sonis, 1971; Rizzi et al., 1973; Rodriguez, 1945; Kloetzel, 1973; Gernez-Rieux & Gervois, 1971), discussões conceituais (Evang, 1971; Janini, 1972; Tobar Acosta & Tobar, 1974), publicações de revistas sobre o assunto e relatos de experiência de atividades privadas (Climep, 1969).

A Medicina Preventiva assume, assim, a forma de um movimento social, que a partir dos Seminários e Congressos espraia-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 Pan-americana 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 dessa colaboração com a 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 eficientes e valiosa, desde que esteja ele imbuído da orientação correta traçada pela Medicina Preventiva.

A Organización Panamericana de la Salud (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 conhecimentos, atitudes e habilidades para o futuro médico.

1 Conhecimento e compreensão de:

- a) Métodos para o estudo do nível de saúde coletiva;
- b) Fatores ambientais, econômicos e socioculturais 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 coletiva, 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 sociocultural 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 de 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 socioculturais 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, de 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) Ciências 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 ministradas 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 realizada em 1968 sobre a Educação Médica na América Latina, verificou que Medicina quantitativa, Epidemiologia, Ciências da conduta, Organização e administração dos serviços de saúde e medidas preventivas constituem o núcleo fundamental do que hoje se entende por Medicina Preventiva. Como se verifica no Quadro 2, 70% das Escolas Latino-Americanas ensinam essas cinco áreas.

O autor analisa trinta escolas que não ensinam as cinco áreas e constrói uma escola 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 dessa escala 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 a 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. Conhecida 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 esperados.

Essa 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 contacto com a realidade.

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

Esse 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 esse tipo de problema, uma vez que o estudante poderia ser induzido a responder de uma forma ideal e não expressar seu comportamento real diante da disciplina. Essa 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 esses objetivos. Esse fato poderia ter induzido os estudantes a ressaltar a sua importância mesmo quando, na realidade, a 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 essa prática. Dessa 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 dessa 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 essa alternativa como solução para os problemas da medicina em qualquer formação social, transformando-se, portanto, em uma solução que ultrapassa 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 dada 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 si as 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 desse ponto, vemos que a determinação de quem fala, os lugares institucionais de onde o sujeito questiona, as grades de questiona-

mento, as posições dos sujeitos em relação aos diversos objetos etc., ficam submetidos 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 dessa estrutura, através das regras de formação de conceitos, nada mais é do que a construção teórico-ideológica do real, emitida desse 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 essas 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-ideológica do real, nos países dependentes, coloca o profissional médico como agente de mudança das condições de saúde, esquecendo-se, em primeiro lugar, de relacionar essas condições de saúde ao desenvolvimento das forças produtivas nos países periféricos (Navarro, 1973) e, em segundo, de analisar as relações sociais que envolvem e determinam o trabalho médico, bem como a organização social da medicina (Donnangelo, 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 de 1950, a Medicina Preventiva não existia como um movimento, aparecendo somente como uma categoria classificatória de subdivisões 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”. Esse 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 essa problemática pode ser resolvida no 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 dessas 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. Em relação ao segundo elemento, também se processa todo um conjunto de estudos que estabelecem associações entre os elementos mórbidos e a estrutura social.

Dessa 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, por outro, enfrenta as próprias condições reais de existência com seu saber que não consegue dar conta destas. 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 uma tecnologia educacional.

Essa 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 dessas contradições, têm-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 & Tapia, 1970; Comitê de Expertos de la OPS/OMS, 1974; Problemas teóricos, 1972).

Tal possibilidade de Prática Teórica tem sido possível através da divulgação de trabalhos como os de Canguilhem (1971; 1972), Bachelard (1972), Althusser & Balibar (1970), Foucault et al. (1972), Fichant & Pécheux (1971), Bernis (1974), Labastida (1971), Silmon (1973), Piaget (1970), Boltanski (1968), Illich (1974), Jantsch (1972), Heckenhauser (1972) e outros que, num processo de abertura de novos horizontes dentro das Ciências Sociais, têm fornecido novos instrumentais para a análise da Medicina.

Quadro 1 – Características do ensino da Medicina Preventiva, segundo os Seminários de Tehuacan e de Viña Del Mar, promovidos pela OPS/OMS

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Objetivos 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-os 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 do Homem	Entender o homem como unidade social, tendo em conta suas inter-relações 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.	Bioestatística, 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 audiovisuais, seminários, estudos de investigação e de laboratórios, trabalhos bibliográficos, visitas a	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

Continuação

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Métodos de ensino	instituições, atenção de um número limitado de famílias por um período.	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.
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.	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

Continuação

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Relações com outros Departamentos	Investigação conjunta de problemas clínicos ou outros de interesse para a comunidade etc.	participar diretamente estudando e realçando a importância que têm 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 harmonicamente 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 (1972)

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 as suas diferenças com a Saúde Pública e a Medicina Social.

Partindo da definição de Saúde Pública de Winslow (1952), Leavell & Clarck (1965) consideram a Medicina Preventiva como a “ciência e a 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 a 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 de 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 da 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, que afirma a supremacia do Estado ao qual a 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.

Nesse 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 possa ser incorporado à prática liberal da medicina.

Nos Estados Unidos, essa 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 à Medicina Social, Leavell & Clarck (1965), discutindo os dois termos, referem que 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 considerar los problemas de salud y enfermedad, donde viven los individuos en relación a la*

sociedad, empegando en el núcleo básico de la sociedad, la familia... deberán ser considerados los 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 necessitam 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 se propõe a estudar a saúde como um objeto em si e não como a ausência de doenças. Após essa 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 a 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 à 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 localizam-se na Alemanha e na 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 que conceituou Medicina Preventiva como a aplicação de conhecimentos 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 – Defendida pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (1974) que conceituou Medicina Social como o estudo da dinâmica do processo saúde/doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação dessas 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 disso, o autor adota como conceito de Medicina Preventiva aquele apresentado como de Medicina Social pelo Departamento de Campinas, com pequenas modificações.

Analizando essa 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 Comitê de Expertos no Ensino de Medicina Preventiva e Social da Organização Panamericana de Saúde (1974) considera

que a Medicina Preventiva desempenha um papel para o 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 com la salud*".

A Medicina Social aparece, pois, com duas tendências; a *primeira* decorrente da sua origem no século XIX, 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* 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 no 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 psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação essas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais.

Podemos, a partir desta análise, afirmar que, independentemente das denominações utilizadas, existem duas formações discursivas em confronto, que se definem em relação à organicidade dos seus discursos; assim, por um lado, 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. 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 dessas contradições na teoria.