Capítulo V – Os conceitos estratégias

Sergio Arouca

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AROUCA, S. Os conceitos estratégias. In: *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, pp. 183-202. ISBN: 978-85-7541-610-5. Available from: doi: [10.7476/9788575416105.0016](https://doi.org/10.7476/9788575416105.0016). 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 V

Os conceitos estratégicos

Discutindo o papel do Departamento de Medicina Preventiva, Tobar Acosta (s. d.) exprime os objetivos deste movimento:

a missão primordial da Medicina Preventiva, através do correspondente Departamento, consiste em divulgar, promover e converter em prática o alcance da Medicina integral.

Qual a organização desse movimento, que encontra em cada um dos seus membros um militante de um projeto, que estabelece na troca de experiências um novo conjunto de relações sociais, que permeia e cimenta as organizações nacionais na busca de internacionalidade?

Procuraremos analisar essa organização através do estudo dos seus conceitos estratégicos, ou seja, daquelas noções que remetem diretamente a uma prática e especificam diferentes níveis de instituições sociais, onde a Medicina Preventiva existe como uma prática social.

A integração

O conceito de integração estabelece a relação da Medicina Preventiva com a totalidade da escola médica, sendo uma proposta de trabalho conjunto com outras áreas, para a consecução dos objetivos preventivistas.

Como uma proposta de trabalho, o conceito de integração tem implícita a idéia de um processo que apresenta um duplo valor estratégico.

Em primeiro lugar, para a formação da atitude preventivista nos estudantes, dado que as mesmas concepções, apresentadas por uma diversidade de doentes, reforçariam a vinculação por um mecanismo de repetição e por apresentar a ideologia preventivista como a própria ideologia da escola médica. Em Colorado Spring (1953b), considera-se a importância estratégica do processo:

The body of knowledge and skills and measurement and application that it has accumulated gain broader value in proportion to the extent to which they are used in other fields of medicine should be regarded as a cooperative interprise within the medical school...

Em segundo lugar, o trabalho conjunto permite o desenvolvimento, nos próprios docentes da escola médica, da atitude preventivista, através de um efeito-demonstração do valor dessas atitudes no interior da própria prática médica. Esta idéia é apresentada na décima reunião do Encontro de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo (1973a):

O médico começa a sofrer a influência de um grupo de profissionais, principalmente os da Medicina Preventiva e Social, havendo, portanto, uma mudança de mentalidade.

Smillie (1947) estuda as dificuldades encontradas para a integração da Medicina Preventiva:

Integration of teaching also represented criticism of existing clinical teaching. Thus the major objections to integrated teaching, as it has been proposed by departments of preventive medicine, may be summarized briefly:

1 The Department of Preventive Medicine was encroaching as well defined and well stablished divisions of university teaching.

2 Integration tende to breack down departamental boundaries and thus diverts the student from the great importance of each special field.

3 The plan places too great emphasis on the critical materials with lack of practical balance in teaching program.

4 Integration weakens research, which can only be undertaken successfully in firmly stablished special departments.

5 It instigate against proper training in special fields.

6 Incorporation of preventive medicine in clinical teaching is not a special activity of one department of a medical school. Rather it is the responsibility of each functional department to teach prevention of disease as part of its own instruction.

Taylor (1957), analisando o ensino da Medicina Preventiva em várias regiões do mundo, conclui que, apesar das diferenças, existe uma série de princípios básicos e, entre eles, o da integração. Chegou-se a conclusão idêntica no Encontro de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo (1973b) que, apesar das divergências quanto à definição do próprio campo da Medicina Preventiva, e, conseqüentemente, dos seus objetivos, havia um consenso geral quanto ao seguinte:

1º) O ensino da Medicina Preventiva deve estar integrado com o ensino de outras disciplinas.

2º) Deve-se evitar que os departamentos de Medicina Preventiva hiperdesenvolvam atividades médico-assistenciais e didáticas de modo a se hipertrofiarem, transformando-se quase em “faculdades a parte” (uma Escola Médica “Adequada” em oposição à Escola Médica “Inadequada”).

3º) Deve-se contar, progressivamente, com docentes de outras disciplinas do curso médico que tenham em sua prática profissional e didática o mesmo enfoque preventivo e social.

Para concluir, após discutir brevemente a função da escola no mundo contemporâneo:

A Medicina Preventiva, é, portanto, dentro da escola médica, a área mais exigente com relação à integração, porque seus objetivos gerais visam primordialmente à criação de novas atitudes, que devem estar incorporadas à prática de todos os médicos e não serem exclusivas de “especialistas preventivistas”.

O primeiro informe do Comitê de Expertos de la OPS/OMS (1969), en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, deu ênfase à responsabilidade dos departamentos em procurar uma integração dos cursos de Medicina Preventiva com outros cursos da formação médica.

A integração dentro do contexto preventivista não possui a idéia de disciplinaridade conduzida por Piaget (1973), que analisou as formas de integração do conhecimento desde a multidisciplinaridade até a transdisciplinaridade que se faz em um sistema comum axiomático e um emergente padrão epistemológico.

Não é no plano do conhecimento que a integração opera, mas, sim, no plano estratégico, em que integrar é colocar o mesmo discurso em uma multiplicidade de pontos, e, em última análise, obter o consenso que é o fundamento da mudança almejada.

Assim, a integração caminha pelas suas formas no pleno espaço da criatividade, em que o mundo da educação médica divise-se em aliados, suscetíveis e resistentes, na procura de novos métodos e técnicas, nas descrições detalhadas de vitórias e fracassos, em seminários de relações humanas, grupos terapêuticos etc.

A integração coloca no discurso, no nível das relações entre docentes, um campo estratégico de batalha política, em que as relações sociais são colocadas em suspenso, bem como as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social. Movimento político de idênticos que não são movidos por interesses, conflitos e contradições, mas, sim, por uma “presença-ausência” de atitudes.

Operação de analogia-diferença, que permite, inicialmente, afirmar a diferença, enquanto institucionalização dos departamentos, em um espaço social e discursivo definido, para, logo em seguida, afirmar a identidade diante de uma medicina que é única e a não-existência de preventivistas e da Medicina Preventiva. Unidade que só se torna possível diante de uma “nova atitude”, ou seja, a Medicina Preventiva propõe o seu próprio desaparecimento quando a medicina confundir-se com ela e seus praticantes com sua prática.

Portanto, o conceito de integração define e avalia uma estratégia política de transformação da medicina pelo ensino médico, luta prática que se faria não pelo controle do poder, mas, sim, pela formação de uma consciência difusa que levaria ao consenso, em um processo de transformação natural diante de um discurso, de um contato quotidiano, enfim, diante de um testemunho dos caminhos inexoráveis da medicina, do qual os preventivistas são os profetas.

As proposições básicas contidas no conceito de integração são:

1º) Os sistemas de idéias-representações e de atitudes comportamentais dos sujeitos da educação médica podem ser modificados a partir de um trabalho conjunto com os preventivistas.

Essa proposição, que fundamenta a possibilidade da mudança das consciências dos sujeitos da educação, através de uma prática e de um contato

revelador, na realidade nega as determinações estruturais sobre as consciências individuais. Assim, as representações que fundamentam o ensino médico estão baseadas na organização do conhecimento médico em disciplinas que, em última análise, referem-se à própria organização da prática médica legitimada, ou seja, a medicina especializada.

O desenvolvimento do conhecimento médico e a crescente divisão técnica e social do trabalho fizeram que, cada vez mais, a prática médica fosse dividida em especialidades e subespecialidades. Tal divisão, assumida no nível do ensino, representa as próprias relações que a escola mantém com a prática da medicina e com a organização do conhecimento médico, de tal forma que as representações que fundamentam estas relações e que possibilitam a sua reprodução estão contidas nos sujeitos do processo de ensino, na forma de agentes suportes da infância ideológica.

Portanto, de uma forma geral, não existindo contradições básicas dos agentes com suas práticas e representações, a viabilidade de uma mudança de consciência, mantendo-se as determinações estruturais, é exatamente limitada, derivando disso a convergência para o discurso preventivista dos conceitos derivados de outros domínios, como da Psicologia, Relações Humanas, Pedagogia etc.

2º) O conceito de integração privilegia a noção de sujeito, olvidando o mundo das relações.

Decorrendo da proposição anterior, o discurso privilegia a noção de um sujeito singular, que se define na posição assumida em relação ao projeto preventivista, seja de adesão, resistência, simpatia ou apatia.

Segundo Garcia (1972), ao considerar-se a educação médica como uma totalidade, é estabelecida uma série de relações no interior dessa totalidade, que define a função de cada elemento diante do todo.

A centralização sobre um sujeito definido na sua relação com o projeto esquece o conjunto das relações técnicas e sociais que posicionaram esse sujeito, bem como o funcionamento da ordem institucional que reproduz o modo de produzir médicos.

Finalmente, a noção centralizada sobre os sujeitos da educação médica coloca-se como os "outros", diante do universo preventivista, de tal forma que os próprios preventivistas são retirados desse complexo de relações, não considerando que eles próprios se acham posicionados nesse complexo ideológico, contribuindo para a sua reprodução.

O conceito de integração propõe um trabalho coletivo no interior de uma profissão essencialmente individualista.

O fundamental da prática liberal é o encontro do médico e paciente em suas singularidades, em suas independências de escolha e nas suas responsabilidades individuais, de tal forma que o processo de trabalho médico caracteriza-se por ser um trabalho essencialmente individual, mesmo quando é realizado em termos de equipe.

O ensino médico, basicamente, assume, em seu ciclo clínico, as características da forma de trabalho médico, ou seja, essencialmente individual, com limites de responsabilidade estreitamente definidos no interior de cada especialidade. Assim, a proposta de um trabalho coletivo somente poderia ser realizada através de uma redefinição da forma de trabalho médico ou, então, preventivistas e não preventivistas encontram-se envolvidos por uma ilusão de trabalho coletivo na realização concreta de um trabalho parcializado.

A inculcação e a resistência

A Medicina Preventiva estabelece uma relação com os estudantes através do conceito de inculcação, que representa o processo pelo qual as atitudes preventivistas são formadas nos futuros sujeitos do cuidado médico. Portanto, esse conceito olha para a realização da Medicina Preventiva como uma prática futura fora do espaço acadêmico. Vejamos algumas das colocações a este respeito:

How can proof be offered and claims made that preventive medicine, or any other discipline, is responsible for the inculcation of specific attitudes? We make no such claim, but believe rather that our teaching can contribute to realization of the previously quoted objectives of medical education, in helping the student develop sound attitudes:

"of viewing individuals in their entirety as complex human beings in a complex and changing environment" and "of seeking ways to promote and maintain patients health, understanding that is more effective to prevent disease than to cure it".

Our special place in medical education is the incorporation of preventive medicine in clinical practice. (Colorado Spring, 1953b)

Es de suma importancia inculcar en la mente del médico los conceptos de orden preventivo, en igual nivel y en armonía con los del diagnóstico y el tratamiento.

Crear en el futuro médico la conciencia de la función social de su profesión. (OPS, 1956)

Incorporación de los siguientes valores y actitudes en su manera de pensar y actuar; actitud preventiva, epidemiológica, social y actitude educativa y de equipo. (Comite de Expertos de la OPS/OMS, 1969)

A idéia de inculcação (incorporação, conscientização) perfura o espaço para novas configurações, em que as representações da aprendizagem definem o seu lugar. O conceito fundamental que centraliza essa nova geometrização é o de *contato*, que amplia para o social o poder da “mirada clínica”.

O contato é visto como a penetração em um espaço da realidade, que é verdade à observação no quotidiano, realidade que está oculta, mas que, simultaneamente, é transparente para quem a observa, sem que rompa os muros que a protegiam. Como base nesse conceito, está a noção de que o hospital é um campo restrito de observação, de baixa aderência à realidade, mas, além disso, a noção sensualista de que o contato abre a possibilidade do conhecimento, da percepção e da afetividade.

Dessa maneira, esse conceito joga simultaneamente o papel de *consequência* e *solução*, de forma tal que a ausência da atitude preventivista é efeito de um contato com uma realidade restrita, recortada, e a incorporação dessa atitude requer um contato ampliado. Assim, o contato permitiria o encontro dos sujeitos com uma realidade que lhes é externa e, naturalmente, provocaria uma ação ou um compromisso com as tensões existentes nessa realidade, ou seja, o externo seria internalizado. A dialética entre o externo e o interno não dependeria das suas constituições históricas, mas, sim, de um contato gerador de sínteses.

A operacionalização desses conceitos se faz nas mais diferentes formas de visitas, domiciliares, a instituições de saúde pública, a órgãos de saneamento etc. Centralizando nosso estudo sobre a visita domiciliar, que caracterizou durante longo tempo os departamentos de Medicina Preventiva, vemos que o seu objetivo “é permitir ao estudante, além de trabalhar em ambiente intra-hospitalar, tomar contato com pacientes no próprio ambiente familiar e analisar a série de fatores do meio, que interferem no seu estado de saúde” (Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1969).

É preciso que o estudante de medicina tome contato com os recursos médicos existentes na comunidade ... e além de doentes é necessário que o estudan-

te tome contato com a população em geral, onde existem pessoas doentes e sadias, não se esquecendo de que a melhor medicina seria aquela com uma função social ampla. (Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1970a)

A comunidade seria verdadeiro laboratório no ensino médico, semelhante à enfermaria hospitalar, mas em contato com os doentes e suscetíveis na vida real, no domicílio, nas escolas, nas fábricas, etc., sem os critérios de admissão hospitalar” (Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1970c).

A inculcação da atitude preventivista estaria dependendo de uma sensibilização dos seus objetos (os estudantes), através de uma experiência perceptiva. Não se trata, evidentemente, de discutir o conteúdo dessas atitudes, mas a sua forma de incorporação. A experiência perceptiva dada pelo contato possibilitaria uma representação do mundo, na qual o conjunto dessas atitudes seria coerente. Como passo seguinte, o sujeito-atitude se transformaria em um agente de mudança daquela realidade percebida. Dessa forma, a realidade conteria em si a representação do mundo, que justificaria as atitudes e também a sua própria mudança.

Nesse discurso existem duas concepções: a *primeira*, relativa à relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, que seria do tipo mediato, contagioso. O conhecimento acha-se inscrito no objeto, pronto a ser desvendado mediante um contato apropriado, o desconhecimento é a ausência do contato; a *segunda* refere-se ao aprendizado, na medida em que a representação do objeto é apreendida no próprio ato do conhecer, as ações decorrentes seriam reflexos imediatos dessa apreensão compulsiva.

A regra discursiva que opera é a da *redução* do espaço social onde se movem os indivíduos; a mesma categoria da observação clínica, ou seja, é uma leitura clínica do espaço social, que é submetida às mesmas regras de percepção. Assim, os formulários de visitas domiciliares obedecem à estrutura das histórias clínicas. A Medicina Preventiva lê a sociedade com uma semiologia liberta da fisiopatologia, repetindo o mesmo processo com a aprendizagem. Como um exame clínico leva a um diagnóstico e a uma terapêutica, a leitura do espaço social deveria levar a um conhecimento e a uma ação.

Justapondo-se a esse esquema, a Medicina Preventiva fornece também uma leitura probabilística (ou estatística) dos fenômenos que têm como função a formalização da experiência clínica em termos racionais e a instrumentalização do salto do caso individual ao coletivo.

O Comitê de Expertos de la OPS/OMS (1969) destacou a “*necesidad de buscar medias y métodos para fomentar mayor interés en los alumnos por estas materias y vencer así la resistencia hacia ellas, favorecida por la conformación general de los planos de estudio y el carácter curativo tradicional de la medicina*”. O que ressalta nesta análise é a emergência do conceito de *resistência*, que forma um par com o de contato.

Assim, a resistência desenvolve-se (ou emerge) na dimensão do contato, de forma tal que se configura como uma barreira ao entendimento e à percepção tanto do conhecimento como da realidade. Já não se trata de uma relação mediata e transparente; o sujeito da relação opõe-se ao contato revelador, exigindo a definição de uma estratégia que derrube a barreira. Dessa maneira, exige a necessidade de um discurso sobre as técnicas de mudança, ou seja, torna-se necessário estabelecer a aprendizagem como objeto do discurso, que privilegia, porém, a técnica que possibilitaria essa aprendizagem.

Surge, dentro do discurso preventivista, o discurso pedagógico. Assim, as aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, introduzirem-se os seminários, as discussões de grupos, a aprendizagem ativa, os recursos audiovisuais. Sugerem-se tipos de aprendizagem ativa, dinâmica etc.

Forma-se, portanto, uma imagem triangular, em que os lados são o contato, a resistência e a inculcação; a tentativa seria na oposição entre o contato e a resistência; a inculcação desviaria o equilíbrio no sentido do contato que criaria a atitude e o instrumento da inculcação seriam as técnicas educacionais, a integração multidisciplinar, o planejamento curricular.

A Medicina Preventiva estabelece a relação com dois campos discursivos: por um lado, o da prática médica, que exige os conceitos de saúde, doença, medicina compreensiva de comunidade, integral etc.; e, por outro, o da educação médica, com as noções de currículo, integração, aprendizagem etc. Em síntese, o plano discursivo da Medicina Preventiva é um campo múltiplo de emergência de objetos, de reorganização de conhecimento, de tensão teóricas.

Quais as relações extradiscursivas que se relacionam com essas tensões, que coexistem com a resistência e com a inculcação, ou seja, que no mundo não-discursivo das práticas concretas dos homens operam nas regras desse discurso?

1ª Tese: A escola reproduz e perpetua as desigualdades sociais.

Segundo Bourdieu & Passeron (1964), o mecanismo ideológico que opera dentro da educação é transformar as desigualdades sociais em desigualdades naturais e de dons. Esse tipo de ideologia é denominada pelos autores *Ideologia Carismática*, porque ela valoriza os dons individuais, que nada mais são que a legitimação dos privilégios culturais transmitidos (ou herdados) socialmente. A essa ideologia agrega-se uma *ideologia Apologética* que permite às classes privilegiadas, principais utilizadoras do sistema educacional, verem nesse processo a confirmação dos seus dons naturais.

Dessa maneira, a escola realiza uma seleção de dons que, operando junto com fatores econômicos, como entrada precoce na força de trabalho, desnutrição etc., seleciona os seus estudantes segundo sua origem de classe, de tal forma que, ao chegar à Universidade, deparemos com uma população ultra-selecionada.

Em Baudelot & Establet (1971), a escola, e principalmente a primária, tem como função a inculcação ideológica e a seleção material da população, reafirmando a composição clássica da sociedade. Althusser (1973a), dentro do mesmo modelo, coloca a escola como pertencendo ao aparelho ideológico do Estado, com a função de concorrer para a reprodução das relações de produção, fornecendo indivíduos para os diferentes papéis dessa produção, bem como os seus intelectuais.

Lagrange (s. d.), discutindo os trabalhos anteriores, considera que a função do sistema de formação em termos de qualificação da força de trabalho, como também em relação às exigências da divisão do trabalho, em termos de, no mínimo, proporcionar uma formação geral, para concluir que a escola atua diretamente, instaurando uma divisão entre as escolas de formação que perpetuam a hierarquia social.

A Medicina Preventiva encontra-se, portanto, no ponto máximo da seleção social realizada pela escola, em que os indivíduos já se afirmaram apologeticamente como possuidores dos dons exigidos para a ascensão social. Através da profissão, ultrapassaram todos os sistemas de seleção e encontram-se no ponto de transformarem estes dons em valor de troca.

Dentro desta perspectiva é que se realiza o *contato*. De um ponto de vista de classe, os estudantes “miram” o real, real que não conheciam por não fazer parte do seu espaço social; real que foi conhecido como paisagem e não como vida.

Se a escola mascarava a desigualdade social pela desigualdade dos dons, a medicina mascara essa mesma desigualdade, primeiro, tentando neutralizar a posição classista de seus agentes com a "atitude preventivista" e, segundo, neutralizando o posicionamento ideológico desses mesmos agentes em contato com as outras classes (as vilas da miséria, os bairros etc.), através de uma resistência devida à medicina curativa, ou à deficiência dos instrumentos educacionais.

Retomando, qual o mecanismo lógico que se opera nesse primeiro nível? Em *primeiro lugar*, a divisão da sociedade em classes estratifica a morbidade e o acesso aos serviços de saúde e destina um espaço social para essas populações; em *segundo lugar*, a escola seleciona socialmente os seus estudantes, concentrando nas universidades os grupos privilegiados, para, finalmente, a Medicina Preventiva, mantendo os privilégios dos segundos, pretender que estes estabeleçam um compromisso com os primeiros, definido em uma atitude social e, nesse ponto, encontra uma resistência que (mascarada a sua origem de classe) deve ser resolvida no nível da técnica educacional.

Portanto, a Medicina Preventiva tenta um reencontro entre os possuidores e não-possuidores, que leva analogicamente à solução de desenvolver os dons ausentes na população através da educação, da mesma educação da qual já foram excluídas.

2ª tese: A educação, como forma de reprodução das relações sociais, opera como um mecanismo de violência simbólica.

Bourdieu & Passeron (1964) estabeleceram uma teoria da educação como processo de reprodução das relações sociais, baseado no conceito de violência simbólica, que representa uma ruptura com todas as concepções espontaneistas da educação como uma ação não-violenta. Os fundamentos dessa análise são:

- a) O caráter duplamente arbitrário da ação pedagógica, que representa objetivamente uma violência simbólica, enquanto imposição por um poder arbitrário de um arbítrio cultural.

Nesse sentido, toda *Ação Pedagógica* é, num primeiro nível, violência simbólica, enquanto o fundamento do poder arbitrário são as relações de força entre os grupos e as classes sociais de uma

dada formação social, sendo este poder a condição da imposição e inculcação de um arbítrio cultural.

No segundo sentido, a Ação Pedagógica é violência cultural quando delimita e seleciona aqueles conteúdos que devam ser reproduzidos, sendo esta seleção de um grupo ou de uma classe social.

Dessa maneira, através do seu duplo sentido, as Ações Pedagógicas cumprem a função social da reprodução cultural, devendo ser determinado que, em uma dada formação social, existe um tipo dado de Ação Pedagógica, que é dominante, que tende a reproduzir os arbítrios culturais que são características dessa formação social e que contribuem, portanto, para a reprodução das relações de força que colocaram esse arbítrio em posição dominante.

- b) Em uma formação social dada, toda ação pedagógica em exercício necessita de uma autoridade pedagógica, de forma tal que os receptores reconheçam sua legitimidade, recebendo e interiorizando a sua mensagem. Existindo uma legitimidade dominante, existe, portanto, um modo de imposição legítimo, exercido por educadores legítimos a legítimos destinatários. Assim, *“elle reproduit les principes fondamentaux de l'arbitraire culturel qu'un groupe or une classe produit comme digne d'être reproduit...”* (Bourdieu, 1970).
- c) A ação pedagógica, nesses termos, implica um *Trabalho* pedagógico que deve produzir um *habitus*, através da inculcação, como produto da interiorização dos princípios, de um arbítrio cultural, devendo perpetuar, na prática, esses princípios interiorizados. A produtividade desse trabalho pedagógico é medida por:

C_1 = grau de inculcação obtido, ou seja, o seu efeito de reprodução;

C_2 = grau em que o *habitus* é duradouro, ou seja, o seu efeito de gerar práticas conforme os princípios interiorizados;

C_3 = grau em que o *habitus* é transferível, ou seja, o efeito de gerar práticas conformes, num número grande de campos diferentes;

C_4 = grau em que o *habitus* é exaustivo, ou seja, o efeito de reproduzir o mais completamente, na prática, os princípios de arbítrio cultural.

É importante situar que um modo de inculcação determinado se caracteriza pelas relações que ele mantém com outros modos de inculcação, visando à substituição completa de um *habitus* por outro (conversão) e modos de confirmar a reforçar *habitus* primários.

- d) Finalmente, todo sistema institucionalizado de ensino tem como característica específica o fato de possuir internamente recursos para a auto-reprodução da instituição, necessária para o trabalho de reprodução cultural, que contribui para a reprodução das relações sociais existentes. Dependendo da sua auto-reprodução, o sistema tende, de acordo com a sua autonomia relativa, a reproduzir com retardo as mudanças havidas no arbítrio cultural, mas sempre sob a aparência de neutralidade, flutuando sobre os conflitos de classe.

Colocando o Preventivista dentro desse campo de violência simbólica, devemos, inicialmente, situar o discurso médico como um todo. Assim, o grupo médico, através dos professores que exercem uma autoridade pedagógica, seleciona um dado arbítrio cultural que, no caso específico, representa aqueles conhecimentos que enfocam a doença como episódio e os fundamentos para a sua compreensão; ou seja, seleciona-se um conjunto de conhecimentos que se distribuem em um currículo, reconhecendo os receptores a legitimidade desse conhecimento, na medida em que este esteja ligado à prática médica *legitimada*.

Portanto, em um primeiro nível, a Ação Pedagógica médica encontra o seu poder nas relações mantidas entre o grupo médico e as classes sociais hegemônicas, na medida em que estas reconhecem a sua prática como legítima. A seguir, os docentes selecionam o arbítrio cultural que promoverá a reprodução da relação anterior, dentro de sua autonomia relativa que, às vezes, pode produzir os atrasos culturais do ensino.

Dessa forma, o modo de imposição legítimo é aquele que perpetua e reproduz o grupo médico como tal, em sua relação com as classes, que vem articular-se perfeitamente com o grupo de estudantes selecionados como herdeiros da cultura.

Como resultado desta ação pedagógica, através do trabalho pedagógico cria-se um *habitus* que corresponde à visão da medicina liberal, episódio, terapêutico e biológico, que revela a produtividade desse trabalho na reprodução contínua destes profissionais com esses *habitus*. Todo esse

processo dentro da escola médica adquire o caráter de natural e de neutralidade, sendo este o próprio fim e objetivo da escola médica.

Dentro desse quadro, o discurso preventivista representa a emergência de uma nova violência simbólica que, dependente, articula-se com a dominante. Assim, seleciona um novo arbítrio cultural que se encontra ausente e ocupa a mesma autoridade pedagógica, somente que esvaziada de fundamento de sua força. As relações primárias do grupo médico com as classes sociais e, em função disso, a produtividade do seu trabalho pedagógico é baixa na criação de *habitus* duradouros, transferíveis e exaustivos, ou seja, com um baixo grau de reprodutibilidade.

Assim, ao propor um arbitrário cultural que modificasse a prática médica e, portanto, não contribuindo diretamente para a reprodução das relações existentes, o discurso preventivista funciona como uma violência simbólica dependente e dominada, que propõe tornar-se o modo de inculcação dominante. Porém, isso só sucederá na modificação das relações do grupo.

Nossa tese é que, dentro da autonomia relativa do sistema educacional, ele gera conjuntos simbólicos alternativos que, possuindo uma baixa produtividade do seu trabalho pedagógico, se oferecem como alternativas de mudança das práticas correspondentes, respondendo a novas exigências dessas práticas, através de uma reorganização de conteúdos e de uma reinterpretação dessas práticas. A ascensão desses conjuntos alternativos e dependentes a conjuntos dominantes dependeria de mudanças ocorridas nas próprias relações sociais que fundamentam essas práticas.

Dentro dessa idéia, refere-se Canguilhem (1971):

La reforma de la medicina como teoría descansa a su vez sobre la reforma de la medicina como práctica: en Francia – como también en Austria – está estrechamente vinculada con la reforma hospitalaria. La reforma hospitalaria como la reforma pedagógica expresan una exigencia de racionalización que aparece igualmente en política, así como aparece en la economía bajo el efecto del naciente maquinismo industrial, y así como desembocó por último en lo que se ha llamado después “normalización”.

A mudança

Na 4ª Conferência Pan-americana de Educação Médica, o presidente da Federação abre os trabalhos com o tema “Cambio y Educación Médica” (Santas, 1972), afirmando:

Quando hablamos de cambios debemos previamente determinar con precisión los objetivos y, recién después elaborar la estructura para obtenerlos. Ambos pasos exigen imaginación, creatividad y coraje. Sin esos elementos no pretendamos innovar.

Não se discute, aqui, a mudança como resultado de uma prática política que transforma determinadas relações sociais, da mesma maneira que integração não era um novo perfil epistemológico, mas, sim, um conceito que estabelece a relação discursiva entre a estrutura básica da Medicina Preventiva tal como foi pensada nos Estados Unidos e uma nova realidade socioeconômica que choca o discurso.

Assim, diante da organicidade do discurso preventivista, enquanto articulado em novas formas de relações internacionais, o conceito de mudança deve amortecer, no nível dos agentes, o efeito demonstrativo das estruturas sociais, na medida em que este é definido como um “agente de mudança”.

Conceito este que se filia na linha direta da ideologia da modernização, que é uma das variantes das Teorias de Desenvolvimento, em que este conceito exerce também um papel fundamental, já que o requisito mínimo para *“la existencia de cualquier sociedad ‘industrial moderna’ consiste en la ‘secularización’ del conocimiento científico, la tecnología y la economía”* e a *“institucionalização”* das mudanças é um dos componentes básicos desse processo de secularização (Germani, 1969).

Frente às determinações sociais, e, em particular, frente à miséria dos povos latino-americanos e seu baixo nível de vida, a idéia de uma possibilidade de mudança, que esteja ligada ao sujeito isolado em sua prática quotidiana, é que possibilita a manutenção da atitude preventivista. Assim, o médico pode e deve continuar em sua prática privada, em sua especialidade, porém munido de uma atitude que amplie as suas responsabilidades sociais e torne potencialmente cada indivíduo em seu paciente em um dado ambiente, porém mantendo no horizonte a possibilidade de que suas ações levem a uma mudança social, melhorando as condições de vida da coletividade.

Na realidade, contudo, não é da mudança enquanto relação social concreta de que fala o discurso preventivista, mas do seu conceito abstrato, que tem a sua existência somente na materialidade do próprio discurso.

Neste instante, devemos perguntar: quais as proposições fundamentais envolvidas no conceito de mudança?

1ª Tese: Os sujeitos fazem a história.

O entendimento do conceito de mudança pressupõe um conceito de história. Quando a Medicina Preventiva, na América Latina, propõe-se a formar “agentes de mudança”, está assumindo que essas mudanças podem ser realizadas por sujeitos independentes, que, diante de uma opção e liberdade, fazem a história.

Durante a Idade Média, a concepção que se tinha era de que Deus fazia a história segundo as leis da Providência. Posteriormente, no século XVIII, Deus é substituído pela Razão, que move a história pelas leis da Razão e Liberdade. A revolução burguesa instituiu o conceito de cidadão no seu duplo aspecto de particular e universal colocando o *homem* como centro da história; assim, “a relação social é escamoteada: ... ‘o homem’ é livre e faz a história por natureza” (Althusser, 1973b).

Entendendo que os indivíduos estão submetidos às determinações das formas históricas das relações sociais de produção e reprodução, eles só agem sob essas determinações, de tal forma que afirmá-los pura e simplesmente como agentes de mudança representa, de um lado, neutralizar conhecimento das determinações e, de outro, na ausência desses conhecimentos, a impossibilidade da própria mudança.

Essa concepção da mudança (e da história) tem, evidentemente, relação com uma teoria do conhecimento, que, afirmando determinados princípios gerais, não demonstráveis, deduz o comportamento natural dos indivíduos diante desses princípios e prescreve a sua forma de agir diante do mundo concreto. Trata-se pois, realmente, de uma inversão ideológica, em que os homens são colocados de pernas para cima, construindo representações mitificadoras do real, conhecimentos que em si são desconhecimentos.

Como decorrência, a idéia de *mudança* afirma sua segunda proposição.

2ª Tese: A autonomia do setor.

A multicausalidade é absorvida no espectro de atuação desse sujeito agente da história, que pode polarizar situações, definir problemas, coordenar soluções através da integração institucional, vagar por cima das classes sociais e levar, finalmente, às mudanças. Assim, o setor saúde pode, através da prática dos seus agentes, não somente mudar-se, mas também mudar o social.

Novamente funciona, no âmbito discursivo, a inversão das categorias: não é a medicina articulada com as instâncias sociais e sobredeterminada pela instância dominante – é uma relação de iguais, os setores são idênticos, não hierarquizados no círculo das determinações em que os homens-atitudes movem a história. Portanto, trata-se de afirmar a neutralidade do setor médico em relação às determinações, de afirmar a não-articulação; se o homem é livre, a medicina é neutra e independente.

3ª Tese: A neutralização das relações.

Finalmente, como regra do discurso, se a medicina é um setor neutro, e os homens são livres e, portanto, aptos a incorporar uma nova atitude que leve a mudanças nas condições concretas da vida, e os médicos podem assumir o papel do agente de mudanças, trata-se agora de neutralizar as relações com a população, vendo-a também como um grupo homogêneo em que as contradições são neutralizadas.

Assim, não se trata de uma medicina articulada com os grupos hegemônicos cumprindo um papel produtivo na manutenção, reprodução da força de trabalho, mas, sim, de objetivos de mudança dentro de um setor neutro, dirigindo-se a uma massa neutralizada.

A história move suas rodas não pelo desenvolvimento das contradições no interior da sua totalidade, mas sim pelo trabalho dos homens na conscientização de valores universais e naturais em que estes homens se encontram como iguais, somente em condições sociais diferentes.

O esquema evolutivo

Através de nossa análise, tentamos demonstrar como a Higiene, em sua dupla dimensão de pública e privada, propunha a solução dos problemas da área de saúde, através da participação do Estado e do indivíduo que, assumindo um comportamento orientado por uma cultura higiênica, caminharia para a morte natural. Foi o tempo em que se privilegiava a distribuição de um conhecimento que colocava normas à vida.

A Medicina Preventiva substitui a Higiene, fazendo uma leitura liberal dos novos problemas surgidos após a grande Depressão, redefinindo o

papel do médico diante de um novo espaço social. Ao assumir essa posição, a Medicina Preventiva converte-se em uma atividade normativa, no sentido em que norma é a tradução latina de esquadra, assim "*una norma, una regla es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderejar*" (Canguilhem, 1971).

Dessa forma, a Medicina Preventiva coloca-se como uma norma para a educação e a prática médica, e, sendo norma, ela assume o seu papel dinâmico e polêmico, uma vez que deve colocar uma exigência, uma ordem em um conjunto de acontecimentos e qualificar negativamente aquele conjunto que não é absorvido na sua extensão.

Porém, colocar-se como norma não significa impor-se como norma, e, assim, o normal é a existência e a exibição da norma, em que o real é referido a valores que "*expresan discriminaciones de cualidades conforme a la oposición polar de una positividad y una negatividad*" (Canguilhem, 1971).

Dentro desse contexto, a Higiene representa a normatividade sobre o cidadão, e a Medicina Preventiva, sobre o profissional, porém a própria existência da norma traz em si um projeto do normal, que sirva como demonstração da norma.

Se, em uma primeira fase, a Medicina Preventiva, através do contato, pretendia a realização de uma inculcação, mantendo em suspenso a idéia da prática política, o desenvolvimento de suas práticas levou a um desdobramento do conceito de contato para um projeto do normal.

O contato estabelece uma relação com uma população de acontecimentos, que justificava a regra. Assim, a observação da dinâmica da doença no interior de uma família justificava a ampliação das responsabilidades sociais da medicina, porém não exibia nem demonstrava a própria norma em operação, ou seja, não exigia o normal.

Assim surgem os projetos de Medicina Comunitária, em que se busca a objetivação da norma, em que a negatividade é excluída e só é possível enquanto infração, em que o real é ordenado segundo um conjunto de valores em que a prática em um determinado espaço é normal; ou seja, trata-se da operacionalização-demonstração do discurso preventivista na tentativa de romper os muros de sua institucionalização para o espaço aberto do real, que, porém, é recortado e controlado nos limites da experiência.

Assim os projetos de Medicina de Comunidade (Federación Panamericana..., 1973) referem-se a seus objetivos:

a) O projeto da Universidade de West Indies, na Jamaica, propõe um programa interinstitucional entre Governo e Universidade, em que, estudando os condicionamentos ambientais que contribuem para a saúde e a doença, em determinadas comunidades, possam realizar uma efetiva prestação de serviços, através dos quais se possa inculcar nos estudantes um conjunto de atitudes e habilidades.

b) O projeto da Universidade Central do Equador pretende, através do planejamento e execução de serviços em diferentes níveis de complexidade e nos diversos níveis de atenção em áreas urbanas e rurais, promover a mudança da educação, dos serviços e dos alunos.

Os demais projetos, como o de Guadalajara, o da Universidade Del Valle do San Carlos, e outros, representam a mesma evolução em que se tenta criar um projeto demonstrativo (normal), que atue normativamente sobre os estudantes, para que estes, nas suas práticas como profissionais, exibam as normas prescritas (sejam normais).

Esse novo desenvolvimento implica novas estruturas discursivas, pois que no interior do modelo se trata muito mais de operacionalizar e racionalizar as condutas, de procurar instrumentos que as controlem, do que desenvolvê-las. Da mesma maneira, se inicialmente a Medicina Preventiva mantinha constante as estruturas de organização, tentando modificar somente as relações, agora, na Medicina de Comunidade, trata-se de, no nível do modelo, instituir mudanças organizacionais e estruturais, através de coordenação, integração e distribuição dos serviços.

Assim, a Medicina de Comunidade caminha no sentido de uma extensão da racionalização que não pode ser contida no nível da sociedade civil, mas que tem que procurar o seu espaço junto do Estado. Essa passagem significa, também, a transposição de um planejamento setorial indicativo para o planejamento reflexivo.

A Medicina de Comunidade representa, pois, a emergência de novas regras discursivas, com uma nova positividade, determinada pelas contradições internas à Medicina Preventiva e pelo desenvolvimento de novas relações extradiscursivas, como o fortalecimento do Estado, principalmente nos países da América Latina. Parece-nos que o fundamental dessa nova formação discursiva é a tendência da racionalidade ampliada, em que a formação das atitudes é paulatinamente substituída pelos estudos de custo-benefício, de técnicas de programação e avaliação, em desdobramentos do

cuidado médico, em atos que possam ser controlados etc. Começamos, assim, a passar dos projetos normativos para os normais, em que a regra exibida se oferece como possibilidade de reprodução ampla para corrigir as infrações, os desvios, e obter-se maior produtividade do trabalho médico em sua articulação com a instância dominante nas formações sociais latino-americanas.