

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

Rodrigo Prado da Costa

**DO DILEMA PREVENTIVISTA AO DILEMA PROMOCIONISTA:
RETOMANDO A CONTRIBUIÇÃO DE SÉRGIO AROUCA**

Porto alegre

2015

Rodrigo Prado da Costa

**DO DILEMA PREVENTIVISTA AO DILEMA PROMOCIONISTA:
RETOMANDO A CONTRIBUIÇÃO DE SÉRGIO AROUCA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Ceci Araujo Misoczky

Porto Alegre

2015

Rodrigo Prado da Costa

Monografia apresentada junto ao Curso de Graduação em Administração Pública e Social da Escola de Administração da UFRGS, avaliada pela banca examinadora constituída pelos professores abaixo especificados.

Conceito Final:

Aprovado em: Porto Alegre, _____ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora - Professora Dr.^a Maria Ceci Araujo Misoczky – UFRGS

Professor Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala - UFRGS

AGRADECIMENTOS

A graduação foi um momento de grandes transformações na minha vida. Foi durante esses cinco anos que pude vivenciar inúmeras conquistas pessoais. Foi, também, o momento em que tive as mais inusitadas discussões sobre a vida acadêmica, e o papel do estudante nesse espaço, até as inúmeras amizades conquistadas nesses anos, com professores e colegas de curso. Foi, além de tudo, um privilégio ter participado dos primeiros passos do Curso de Administração Pública e Social, tão recente e tão necessário na universidade, principalmente, para a Escola de Administração. Por tudo isso, só posso ser grato.

Agradeço a toda minha família, que sempre me apoiou e me deu forças para trilhar meus caminhos. Agradeço especialmente a meus pais e a meu irmão, por todo o gesto de amor ao longo da minha vida. Amo vocês!

Agradeço muito a minha namorada, amiga e companheira de sonhos, Lara, por todo seu carinho, amor e compreensão ao longo dessa jornada. Foi teu apoio que me permitiu concluir esse trabalho. Te amo!

Agradeço a todos os integrantes do Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora por todo o aprendizado que tenho adquirido nesse tempo. Obrigado especialmente aos professores e amigos Guilherme Dornelas, Paulo Abdala, Rafael Flores, Sueli e Maria Ceci, que sempre me acolheram e me inspiraram a ter um pensamento crítico sobre a vida e sobre o que faço. Não poderia deixar de mencionar, também, dois grandes amigos e colegas bolsistas do Grupo, Raphael Homem e Fernando Scherer, por todos os momentos vivenciados dentro e fora da UFRGS, que tornaram a espaço acadêmico muito mais interessante.

Agradeço aos amigos de longa data, e aos conquistados na graduação. Obrigado por cada momento que vivenciamos. Que venham muitos outros pela frente!

Por fim, um agradecimento especial a minha orientadora, Maria Ceci, que através de um convite feito em 2011 para ser seu bolsista me abriu um mundo de possibilidades a serem conquistadas. Obrigado pela confiança durante esses anos no meu trabalho, principalmente na construção dessa monografia. A graduação não teria o mesmo sentido e apreço sem a participação no Grupo de Pesquisa.

RESUMO

O objetivo desse trabalho é retomar a categoria “dilema preventivista”, cunhada por Sérgio Arouca, em sua Tese de Doutorado, escrita em 1975, para refletir sobre sua atualização. Na Tese, Arouca buscou compreender como foram produzidas as regras da formação discursiva da Medicina Preventiva e as relações com instâncias não-discursivas, estudando as articulações com o modo de produção capitalista. A análise dessas articulações possibilitou a Arouca evidenciar que a Medicina Preventiva não fugiu à contradição fundamental da Medicina que transforma a saúde, um valor de uso, em valor de troca, através do cuidado médico. Portanto, a busca que faço, no resgate dessa categoria, se orienta para uma pergunta própria: **como aconteceu a atualização do discurso da Medicina Preventiva para o da Promoção da Saúde**. A categoria cunhada por Arouca permitiu evidenciar que a Promoção da Saúde não foge à contradição fundamental da Medicina e, ao contrário de ser uma inovação para o campo da saúde, a Promoção da Saúde é uma atualização do discurso preventivista, configurando, assim, o dilema promocionista.

Palavras-chave: Medicina Preventiva; dilema preventivista; Promoção da Saúde; dilema promocionista.

ABSTRACT

The aim of this study is to resume the category "preventive dilemma", coined by Sérgio Arouca, in his Doctoral Thesis, written in 1975, to reflect on its update. In his Thesis, Arouca sought to understand how the rules of discursive formation of Preventive Medicine were produced, such as relations with nondiscursive instances, studying the joints with the capitalist mode of production. The analysis of these joints enabled Arouca to evidence that the Preventive Medicine did not escape the fundamental contradiction of Medicine that transforms health, a use-value, into exchange value, through medical care. So the research that I do, rescuing that category, is directed to a specific question: **how it happened the update of the discourse of Preventive Medicine for Health Promotion?** The category coined by Arouca has highlighted that Health Promotion does not escape the fundamental contradiction of medicine, and, as opposed to being an innovation to the field of health, Health Promotion is an update of preventative speech, setting thus the promotionist dilemma.

Keywords: Preventive Medicine; preventative dilemma; Health promotion; promotionist dilemma.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Medicina Preventiva: definição e prática.....	46
FIGURA 2 - Conceito e aplicação da Medicina Preventiva.....	48

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 SÉRGIO AROUCA.....	13
2 A TEORIA DO VALOR EM MARX.....	16
3 O DILEMA PREVENTIVISTA.....	23
3.1 A Tese – o “dilema preventivista”.....	26
3.2 Da Higiene à Medicina Preventiva.....	34
3.2.1 Preceitos da Medicina Preventiva.....	44
3.3 Retorno à Arouca.....	49
4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	63
4.1 Neoliberalismo.....	63
4.2 A emergência e os preceitos da Promoção da Saúde.....	69
5 DA MEDICINA PREVENTIVA À PROMOÇÃO DA SAÚDE – O DILEMA PROMOCIONISTA.....	80
CONCLUSÕES.....	84
REFERÊNCIAS.....	87

INTRODUÇÃO

A construção desse trabalho é fruto da minha trajetória acadêmica enquanto bolsista de iniciação científica e membro do Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora, tendo iniciado essa trajetória desde o início da minha graduação, em 2011. Desde o início, dentre os mais variados trabalhos de pesquisa do Grupo em que participei, fui inserido como bolsista em um projeto relacionado ao campo da saúde, que perdurou até o final da minha graduação, e me despertou o interesse pela área, principalmente, no que diz respeito à interface com a área de Estudos Organizacionais. Como fruto desse interesse, desenvolvi ao longo da graduação alguns trabalhos relacionados à saúde que me instigaram a realizar uma apreensão crítica, proporcionados tanto pelo Grupo de Pesquisa, quanto por disciplinas da Graduação, principalmente a de “Pensamento Social Brasileiro”, obrigatória no curso de Administração Pública e Social, quando abordamos autores brasileiros, considerados intelectuais militantes que contribuíram com o pensamento crítico sobre a sociedade. Dentre os diversos autores estudados nessa disciplina, foi a primeira vez que tive contato com Sérgio Arouca e sua perspectiva crítica em relação à saúde. A partir de então, senti a necessidade de fazer um resgate do pensamento social brasileiro sobre o tema, que se concretizou nesta monografia.

Dessa forma, antes de iniciar o projeto de monografia, expressei esse meu desejo de resgate do pensamento social brasileiro à minha orientadora, a Professora Maria Ceci Araujo Misoczky, que também demonstrou interesse sobre o assunto. Assim, por intermédio dela, me foi apresentada a Tese de Doutorado de Sérgio Arouca, escrita em 1975, intitulada “O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva”. Ao fazer a leitura da Tese, decidimos nos ater a essa obra como principal referencial teórico desse trabalho, dada a sua grandiosidade e a crítica empreendida por Arouca. O resgate dessa obra se deu, principalmente, pela necessidade de retomar uma crítica desenvolvida por Arouca em 1975, quando colocava em questão o movimento da Medicina Preventiva, amplamente difundida nas Faculdades de Medicina do centro capitalista e transplantada como uma grande novidade para a reestruturação curricular das Faculdades de Medicina da região latino-americana, como ocorreu no Brasil. Cabe ressaltar que o momento histórico em que a Tese foi escrita e apresentada era totalmente desfavorável à Arouca, visto que era o auge da ditadura civil-militar no Brasil, momento de caça pelo regime militar a todo e qualquer pensamento crítico sobre a sociedade.

Na Tese, Arouca buscou compreender como foram produzidas as regras da formação discursiva da Medicina Preventiva e as relações com instâncias não-discursivas, estudando as articulações com o modo de produção capitalista, a fim de compreender a simultaneidade e a contradição Medicina Preventiva – Medicina Curativa. Sobretudo, partiu do princípio de que o modo de exercer a Medicina decorre de uma determinação histórico-social e, se a Medicina Preventiva tinha por projeto uma nova determinação, o estudo desse projeto corresponderia a conhecer as contradições da própria sociedade expressas em um campo específico de sua análise, a Medicina.

Para o entendimento dessas contradições, Arouca (1975) buscou compreender a estrutura social de emergência da Medicina Preventiva, que teve sua origem a partir do espaço deixado pela Higiene Privada, quando as condutas de saúde ultrapassavam o campo da Medicina. A Medicina Preventiva surgiu como parte da Higiene ou até mesmo como uma disciplina desta, para mais tarde a substituir, tornando-se uma conduta da prática médica, tendo no profissional médico o principal ator na consecução de seus preceitos, imbuído de uma nova atitude formada nas Escolas de Medicina. É a essa nova atitude que Arouca (1975) construiu seu objeto de estudo. Compreendeu que a Medicina Preventiva não se constituiu em um novo conhecimento a partir da sucessão histórica das condutas da Higiene, mas como um projeto próprio, como crítica à própria prática médica centrada na Medicina Curativa, correspondendo a singularidade de um determinado contexto histórico. Portanto, tratou de procurar na história da Medicina Preventiva, não na sucessão cronológica dos conhecimentos, a construção de seu conceito em sua dimensão histórica, a fim de compreender a emergência do discurso preventivista que privilegiava uma nova atitude para a própria Medicina.

Diante disso, Arouca (1975) apontou que o projeto da Medicina Preventiva estabeleceu como premissas a necessidade da composição de uma nova estrutura de reorganização do conhecimento médico em um novo discurso que sugeria uma nova prática da Medicina. Essa reorganização passou pela introdução das práticas preventivistas nos currículos de ensino das Faculdades de Medicina, bem como a criação de Departamentos e Cátedras de Medicina Preventiva. Não obstante, ressaltou a transformação da prática médica a partir do profissional médico que assumiria uma nova atitude para com o paciente, a família e a comunidade. Esse conjunto teve como princípios teóricos o esquema desenvolvido por Leavell e Clarck (1976), tendo como paradigma a História Natural das Doenças. O estudo das condições de emergência da Medicina Preventiva, dos seus conceitos estratégicos e das regras da formação do discurso preventivista, tendo como referencial teórico a “Arqueologia do Saber” de Foucault (2008),

possibilitou a Arouca (1975) fazer a análise da articulação da Medicina com a sociedade, o que lhe permitiu apanhar a especificidade da Medicina Preventiva, momento em que o autor fez a aproximação teórica com a teoria de valor de Marx (2013).

Partindo da conceituação do cuidado médico e de sua articulação com o modo de produção capitalista, Arouca (1975) chegou a centralidade de sua Tese, evidenciando a contradição fundamental da Medicina: ter como objeto valores vitais que, para os seres humanos, são valores de uso no processo da vida, transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista. Essa apreensão possibilitou ao autor a construção da categoria “dilema preventivista”, evidenciando que a Medicina Preventiva não escapou à contradição da própria Medicina. Portanto, mesmo apresentando-se como um projeto alternativo, não rompeu com as estruturas da Medicina, constituindo-se em um espaço conservador e funcional ao capitalismo.

A compreensão do dilema preventivista, desenvolvido na obra de Arouca (1975), me levou a um questionamento sobre o atual movimento da Medicina expresso, essencialmente, na Promoção da Saúde, difundida pelas agências internacionais e por países do centro capitalista, assim como por periféricos, inclusive pelo Brasil, como uma grande estratégia para melhorar as condições de saúde da sociedade, por intermédio de um conjunto de prescrições normativas a respeito de “hábitos saudáveis”. Principalmente, por compreender que a Promoção da Saúde ocupa o mesmo espaço da Medicina Preventiva, o da prevenção das doenças, respeitadas suas singularidades. Ao analisar a Promoção da Saúde, denota-se que, como formação discursiva, ela surgiu em um contexto muito semelhante à Medicina Preventiva, conforme apontado por Arouca (1975), caracterizado, principalmente, pela ascensão do neoliberalismo. O conjunto das premissas neoliberais, somado aos custos da atenção médica e do enfoque clínico sob responsabilidade dos profissionais médicos, fez com que a Promoção da Saúde aparecesse no cenário internacional como uma inovação para o campo da saúde, ao propor uma reestruturação dos sistemas de saúde dos países. Tendo início no Canadá, na década de 1970, a partir do documento intitulado “Informe Lalonde”, a Promoção da Saúde logo foi incorporada na Atenção Primária à Saúde (APS) como principal estratégia da saúde, a partir da Conferência de Alma-Ata, na década de 1980. Em 1986, com a Carta de Ottawa, foram estabelecidas as principais estratégias da Promoção da Saúde, momento em que foram definidos seus conceitos estratégicos: os determinantes sociais da saúde, os fatores de risco, e o *empowerment*. Esse conjunto de conceitos são até hoje amplamente divulgados pela Promoção da Saúde, seja no espaço privado ou no espaço público, através de políticas sociais. Entretanto, ao retomar a Tese

de Arouca (1975), percebe-se que o conceito de Promoção da Saúde não é novo, visto que já aparecia no esquema desenvolvido por Leavell e Clarck (1976), desenvolvido na década de 1940, compondo um dos níveis de prevenção da Medicina Preventiva.

Diante disso, a compreensão da especificidade do trabalho de Arouca (1975), resultante do estudo de sua Tese, me permitiu questionar o movimento da Promoção da Saúde em relação a sua articulação com a Medicina e a sociedade. Sobretudo, a busca que faço na Tese de Arouca é justamente recuperar a categoria “dilema preventivista” proposta pelo autor para uma análise que se orienta para uma pergunta própria: **como aconteceu a atualização do discurso da Medicina Preventiva para o da Promoção da Saúde?** Esse resgate me permitiu evidenciar que a Promoção da Saúde, embora seja apresentada como uma inovação para o campo da saúde, na década de 1970, não é uma inovação em relação ao “dilema preventivista”, mas uma atualização de seu discurso, não escapando a contradição fundamental da Medicina. Portanto, o dilema persiste, agora, sob uma nova roupagem, configurada sob o dilema promocionista.

Ao fazer o resgate dessa categoria, cabe ressaltar que na construção teórica de Arouca (1975) sobre o dilema preventivista, o autor utilizou a teoria do valor, elaborada por Marx (2013), para chegar à contradição fundamental da Medicina, porém, sem explicá-la, o que dificulta a compreensão sobre a categoria. Ou seja, a teoria do valor está implícita e, por ser fundamental nas proposições de Arouca (1975), necessita ser aqui explicitada.

O texto que segue inicia por uma breve apresentação sobre Sérgio Arouca, no Capítulo 1, de forma a esclarecer quem foi esse militante e a importância de sua Tese para o pensamento social brasileiro. Em seguida, no Capítulo 2, faço a apresentação da teoria do valor, a fim de retomá-la mais adiante, quando Arouca apreende essa teoria para a construção de seu trabalho. No capítulo 3, resgato a análise do dilema preventivista feita por Arouca (1975) e, em seguida, seu método de trabalho que o levou à construção da categoria. No Capítulo 4, abordo a emergência e os preceitos da Promoção da Saúde, relacionando-a com o contexto histórico de seu surgimento, a crise econômica da década de 1970 e ascensão do neoliberalismo. No capítulo 5, faço as aproximações com a Tese de Arouca (1975), destacando a existência do dilema promocionista. Por fim, as conclusões que encerram este trabalho.

1 SÉRGIO AROUCA¹

Antônio Sérgio da Silva Arouca nasceu em 1941, na cidade de Ribeirão Preto. Seu primeiro contato com a vida política foi aos 11 anos de idade, quando escutava histórias sobre anarquismo, socialismo e comunismo contadas por um imigrante italiano que era seu vizinho. Aos 15 anos, na época estudantil, se juntou a outros alunos para participar do “parlamento estudantil”, reuniões onde discutiam temas da época. Foi nesse período que passou a militar no Partido Comunista Brasileiro (PCB), clandestino na época. Aos 18 anos, iniciou sua graduação em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), participando ativamente do Centro Acadêmico Rocha e Lima do curso de Medicina, momento em que exerceu sua militância de esquerda junto a outros colegas. Na própria USP, juntou-se à Liga Brasileira de Combate à Moléstia de Chagas e passou a frequentar uma pequena cidade, próxima à Ribeirão Preto, chamada Cássia dos Coqueiros. Lá conheceu o professor José Romero Teruel, que lhe instigou a seguir como militante da Medicina Preventiva e do Sanitarismo, que ainda não tinha as características que mais tarde Arouca criticou. No Centro Acadêmico, participou, também, junto a outros militantes, da criação do Centro Popular de Cultura (CPC).

Em 1966 graduou-se em Medicina, iniciou a residência médica em Ribeirão Preto e, depois, foi para Campinas para fazer a pós-graduação. Lá, colaborou com a montagem do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas (Unicamp). Em meio a um cenário de recrudescimento da ditadura civil-militar, Arouca concluiu sua Tese de Doutorado em 1975, conseguindo defendê-la apenas no ano seguinte. Ainda em 1976, Arouca partiu para a Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, sendo acolhido na Escola Nacional de Saúde Pública que hoje recebe seu nome. Naquele tempo, os estudos, teses e debates sobre o assunto, oriundos da academia, ressoavam no recém-criado Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), que teve Sérgio Arouca como um dos fundadores e presidente nacional. O CEBES tinha como proposição a metabolização dessas ideias em forma de propostas políticas na construção de um novo sistema de saúde, que superasse a exclusão da enorme parcela da população, juntamente com a excessiva medicalização imposta pelos interesses do capital.

¹ As informações descritas nessa breve apresentação de Arouca foram retiradas da Biblioteca Virtual Sérgio Arouca, criada pela Fiocruz (2015). Mais informações sobre a vida do autor também estão disponíveis no vídeo intitulado: “Arouca, meu irmão”, produzido pela Fiocruz, disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=zgcJle0e010>.

Devido à profusão dessas ideias que orientavam a reforma sanitária brasileira e o papel de Arouca nesse processo foi chamado, através da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), para trabalhar na construção do sistema de saúde da Nicarágua sandinista, sendo o responsável pelo Plano Nacional de Saúde do país entre 1980 e 1982. Foi, também, nesse período, consultor para vários outros países da América Latina, como México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba. Em 1985 assumiu a presidência da Fiocruz, através de um movimento da comunidade de Manguinhos. Como Presidente, reintegrou os dez cientistas que foram cassados na ditadura, no episódio conhecido como o “Massacre de Manguinhos”. Na sua gestão, preocupou-se com a redemocratização da Fiocruz, recuperando a associação de funcionários e promovendo eleições diretas para a sua diretoria. Além disso, modernizou a administração, estabelecendo mecanismos de gestão colegiada e participativa e nomeando diretores eleitos pelas unidades. Criou, também, o Conselho Deliberativo da Fiocruz como instância máxima de decisão. Em 1987, foi Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Foi escolhido por unanimidade pela plenária de entidades de saúde para apresentar a defesa à Assembleia Nacional Constituinte da emenda popular.

Por seu destaque como Presidente da Fiocruz e o reconhecimento de sua liderança intelectual e política, assumiu, em 1986, a Coordenação Geral da 8ª Conferência Nacional de Saúde, rompendo com o burocratismo das conferências anteriores ao inserir, pela primeira vez, representantes dos estados e da sociedade civil organizada. Os mais de cinco mil delegados reunidos na Conferência discutiram e aprovaram o texto que serviria de base para o capítulo da saúde na Constituição Brasileira de 1988, fazendo nascer o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na vida política, em 1988, exonerou-se da presidência da Fiocruz para concorrer como vice-presidente da República, na chapa do PCB, com Roberto Freire. Em 1990, foi eleito deputado federal pelo Rio de Janeiro, sendo reeleito em 1994 e colocando seu mandato para a construção e avanço do SUS, e para o aprofundamento do processo de redemocratização do País. Elaborou o projeto que se transformou em lei sobre o controle de sangue e hemoderivados no Brasil, tornando-se o primeiro parlamentar a ter uma emenda constitucional aprovada – a da autorização da contratação de pesquisadores estrangeiros em instituições brasileiras. Foi, ainda, candidato a vice-prefeito do Rio de Janeiro na chapa de Benedita da Silva e, em 2001, foi também secretário de saúde do município do Rio de Janeiro. Em 2003, assumiu a Secretaria Nacional de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e, num ímpeto de esperança renovada sobre os avanços do SUS, propôs a reforma da reforma, tentando antecipar para aquele ano a

12ª Conferência Nacional da Saúde, oficialmente prevista para 2004. Porém, seu estado de saúde não permitiu realizá-la, vindo a falecer em 2 de agosto de 2003.

No próximo capítulo, início o resgate da Tese de Arouca (1975), a partir da apresentação da teoria do valor em Marx, que possibilitará uma melhor compreensão da categoria dilema preventivista cunhada pelo autor.

2 A TEORIA DO VALOR EM MARX

A mercadoria é o ponto de partida da apresentação de Marx (2013), no primeiro capítulo de “O Capital”, porque aparece, no modo de produção capitalista, como a forma elementar e mais evidente das trocas. A mercadoria funciona como um objeto externo que, através de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, sejam elas físicas (como meio de subsistência) ou espirituais. Nesse sentido, a análise da mercadoria deve ser considerada sob um duplo aspecto: a qualidade e a quantidade. Segundo Marx (2013), toda mercadoria possui valor de uso, independentemente do modo de produção, pois sua utilidade para o ser humano pode ser encontrada no ar, nos campos, na terra virgem, no rio, ou seja, na forma bruta e não transformada da natureza. Assim, de acordo com Marx (2013, p. 114), “a utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso”. Porém, essa utilidade não fica solta, de forma etérea, mas é “condicionada pelas propriedades do corpo da mercadoria”, sem as quais ela não existe no capitalismo. As qualidades úteis da mercadoria só se realizam no seu consumo, quando “formam o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta” (MARX, 2013, p.114). No modo de produção capitalista, o valor de uso é suporte material do valor de troca.

Como o valor de uso é a utilidade de algo, “o valor de troca aparece inicialmente como a relação quantitativa, a proporção na qual valores de uso de um tipo são trocados por valores de uso de outro tipo, uma relação que se altera constantemente no tempo e no espaço” (MARX, 2013, p. 114). Disso resulta que, como valores de uso, as mercadorias são de diferente qualidade; como valores de troca, são de diferentes quantidades². Portanto, toda mercadoria tem um duplo caráter incorporado: simultaneamente, valor de uso e valor de troca. Todavia, o duplo caráter como apresentado, expressa apenas a forma aparente da mercadoria, a sua utilidade e a sua quantidade (material), sendo o valor de troca apenas a forma de manifestação pela qual essa relação se apresenta. Porém, fica escondida uma terceira relação, que não é visível, contudo é o elemento comum dos valores de uso e de troca: o valor.

²A expressão do valor de troca de uma mercadoria pode ser compreendida no exemplo dado por Marx (2013, p. 114-115), em que uma determinada quantidade de trigo pode ser trocada por x de graxa de sapatos ou por y de seda ou, ainda, por z de ouro etc., nas mais diversas proporções. São, portanto, valores permutáveis entre si, em que estão expressos valores de troca de mesma grandeza. Assim, temos que, em primeiro lugar, “[...] os valores de troca vigentes na mesma mercadoria expressam algo igual. Em segundo lugar, porém, que o valor de troca não pode ser mais do que o modo de expressão, a ‘forma de manifestação’ de um conteúdo que dele pode ser distinguido”.

A análise de Marx (2013, p. 125) sobre o valor é realizada a partir do valor de troca ou da relação de troca das mercadorias para “seguir as pegadas do valor que nelas se escondem”. Segundo Marx (2013), as mercadorias possuem uma forma de valor em comum que contrasta do modo mais evidente com as diversas formas naturais que apresentam seus valores de uso: a forma dinheiro. Tendo como forma de manifestação do valor o dinheiro, o objetivo inicial de Marx (2013) foi explicar sua origem, a fim de desmistificar o enigma dinheiro para, então, chegar à centralidade do valor.

Para Marx (2013), a expressão do valor possui dois polos que são momentos inseparáveis e inter-relacionados: a forma de valor relativa e a forma de valor equivalente. Duas mercadorias diferentes, por exemplo, linho e casaco, desempenham dois papéis distintos quando entram em relação. O linho expressa seu valor no casaco; este serve de material para a expressão de valor do linho. O valor do linho, então, se apresenta como valor relativo, ou como forma de valor relativa; o casaco funciona como equivalente, ou como forma de equivalente.

O valor do linho só pode, assim, ser expresso relativamente, isto é, por meio de outra mercadoria. A forma de valor relativa do linho pressupõe, portanto, que uma outra mercadoria qualquer se confronte com ela na forma de equivalente. Por outro lado, essa outra mercadoria, que figura como equivalente, não pode estar simultaneamente contida na forma de valor relativa. Ela não expressa seu valor; apenas fornece o material para a expressão de valor de outra mercadoria. (MARX, 2013, p. 126)

Em sua análise, Marx (2013) aponta que, para descobrir a expressão simples de valor na relação entre duas mercadorias, é necessário considerar inicialmente essa relação como sendo totalmente independente de seu aspecto quantitativo, porque as grandezas de objetos diferentes somente podem ser comparadas quantitativamente após serem reduzidas à mesma unidade, ou seja, a um denominador comum. A igualdade entre linho e casaco é a expressão da base da equação. Nesse sentido, para que haja uma relação de troca entre as mercadorias, é necessário a existência de um equivalente que as iguale socialmente, já que o valor de uso expressa uma relação qualitativa de um objeto com a pessoa. No exemplo dado por Marx (2013), duas mercadorias distintas, como linho e casaco, possuem diferentes valores de uso. Quando o produtor do linho se encontra com o produtor do casaco em uma relação de troca, ambos estão transformando seus valores de uso em valores de troca. A partir desse instante, a relação de troca entre linho e casaco fica determinada por uma expressão de equivalência entre as mercadorias, chegando à conclusão, por exemplo, que 20 braças de linho equivalem a 1 casaco.

Portanto, na relação de valor em que o casaco constitui o equivalente do linho, a forma de casaco vale como forma de valor. O valor da mercadoria linho é, assim, expresso no corpo da mercadoria casaco, sendo o valor de uma mercadoria expresso no valor

de uso da outra. Como valor de uso, o linho é uma coisa fisicamente distinta do casaco; como valor, ele é “casaco-idêntico” e aparenta, pois, ser um casaco. Assim, o linho recebe uma forma de valor diferente de sua forma natural. (MARX, 2013, p. 129)

Assim, nenhuma mercadoria pode se relacionar consigo mesma como equivalente, pois não pode expressar em si mesma seu próprio valor. É apenas na relação com uma outra mercadoria, como expressão de equivalência, que ela expressa sua forma de valor, a partir do corpo da outra mercadoria. Avançando na explicação sobre a expressão de equivalência, Marx (2013) argumenta que, com o aumento de trocas entre as mercadorias, aumenta a complexidade entre as relações, fazendo com que se produza uma forma desdobrada de valor, ou seja, o valor de uma mercadoria, o linho, por exemplo, passa a ser expresso em inúmeras outras mercadorias. Todos os corpos das mercadorias com os quais o linho se relaciona, tornam-se espelho do seu valor. Essas inúmeras relações que o linho estabelece, com inúmeras outras mercadorias, faz com que os outros possuidores de mercadorias tenham que, necessariamente, trocar suas mercadorias pelo linho, expressando os valores de suas diferentes mercadorias na mesma terceira mercadoria, o linho. Daí a expressão inicial de 20 braças de linho como equivalente a 1 casaco, passa a ser, na forma desdobrada de valor: 20 braças de linho equivalem a x mercadorias de qualquer outro objeto. A partir dessa relação inversa das mercadorias com uma terceira, chega à forma universal de valor, pois na expressão de valor de cada mercadoria, todas as demais aparecem, agora, na forma de equivalentes (MARX, 2013).

A nova forma obtida expressa os valores do mundo das mercadorias num único tipo de mercadoria, separada das outras, por exemplo, no linho, e assim representa os valores de todas as mercadorias mediante sua igualdade com o linho. Como algo igual ao linho, o valor de cada mercadoria é agora distinto não só de seu próprio valor de uso, mas de qualquer valor de uso, sendo, justamente por isso, expresso como aquilo que ela tem em comum com todas as outras mercadorias. Essa forma é, portanto, a primeira que relaciona efetivamente as mercadorias entre si como valores, ou que as deixa umas para as outras como valores de troca. (MARX, 2013, p. 141-142)

Ainda, segundo Marx (2013, p. 144), “é somente no momento em que essa exclusão se limita definitivamente a um tipo específico de mercadoria que a forma de valor relativa unitária do mundo das mercadorias ganha solidez objetiva e validade social universal”. A mercadoria, como forma de equivalente, se funde socialmente, tornando-se mercadoria dinheiro e funcionando, então, como dinheiro. Dessa maneira se, no exemplo anterior, uma braça de linho vale dez unidades de dinheiro, isso significa que o casaco vale duzentos. Portanto, o dinheiro assume a expressão de equivalência entre as mercadorias, ou seja, a manifestação do valor como expressão da mercadoria. Mas, só assume essa expressão porque se relaciona com as demais mercadorias como forma universal de valor, como sua expressão. Porém, embora o dinheiro assuma a expressão de equivalência, ele não explica essa equivalência entre as

mercadorias, tratando-se apenas de relações entre mercadorias, cumprindo apenas uma ferramenta de expressão. Assim, o dinheiro assume o caráter enigmático da forma de equivalente (MARX, 2013).

O elemento que Marx (2013) introduz como expressão de equivalência entre as mercadorias é o trabalho (MARX, 2013). Todavia, como o trabalho do tecelão, que produz o linho, pode se relacionar com o trabalho do alfaiate, que produz o casaco? Para Marx (2013), ao prescindir do valor de uso das mercadorias resta nelas apenas uma propriedade, que é a de ser produto do trabalho. Ao fazer a abstração do valor de uso, os componentes da mercadoria e sua forma corpórea também são abstraídos, fazendo com que todas as suas qualidades se apaguem e, então, o produto de uma mesa ou uma cadeira, por exemplo, deixa de ser útil. Da mesma forma, desaparecem do produto as qualidades sensíveis de quem produziu aquele produto. Portanto, ao desaparecer o caráter útil dos produtos desaparece, também, o caráter útil dos trabalhos neles empregados. Daí resulta que não há mais distinção entre os produtos, nem das diferentes formas concretas de trabalho neles empregados, ficando todos reduzidos a “trabalho humano igual, a trabalho humano abstrato” (MARX, 2013, p. 116).

Quando o casaco é equiparado ao linho como coisa de valor, o trabalho nele contido é equiparado com o trabalho contido no linho. Ora, a alfaiataria que faz o casaco é um tipo de trabalho concreto diferente da tecelagem que faz o linho. Mas a equiparação com a tecelagem reduz a alfaiataria, de fato, àquilo que é realmente igual nos dois trabalhos, a seu caráter comum de trabalho humano. Por esse desvio, diz-se, então, que também a tecelagem, na medida em que tece valor, não possui nenhuma característica que a diferencie da alfaiataria, e é, portanto, trabalho humano abstrato. Somente a expressão de equivalência de diferentes tipos de mercadoria evidencia o caráter específico do trabalho criador de valor, ao reduzir os diversos trabalhos contidos nas diversas mercadorias àquilo que lhe é comum: o trabalho humano em geral. (MARX, 2013, p. 127-128)

O trabalho humano abstrato é o dispêndio de força de trabalho humana sem especificação pela forma como foi empregada ou da sua materialidade que incorpora valor nas mercadorias, sendo que “[...] é unicamente a quantidade de trabalho socialmente necessário ou o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de um valor de uso que determina a grandeza de seu valor” (MARX, 2013, p. 117).

Para Marx (2013, p. 117), o tempo de trabalho socialmente necessário é o tempo de trabalho médio gasto para a produção de determinada mercadoria em determinado contexto, “requerido para produzir um valor de uso qualquer sob as condições normais de uma dada sociedade e com o grau social médio de destreza e intensidade do trabalho”. Isso significa que não é o tempo de trabalho individual que cada produtor leva para produzir uma mercadoria, mas é a média do trabalho dos produtores, do tempo de trabalho idêntico, sendo, por isso,

socialmente necessário. Poderia parecer que, se o valor da mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho dispendido em sua produção, o produtor mais lento teria tanto mais valor em sua mercadoria do que aquele que produz em uma velocidade maior. Porém, mesmo que isso venha a ocorrer, seu valor não se realizaria porque seu produto não seria trocado, uma vez que os demais produtores produziram a mesma mercadoria com menos valor devido ao tempo médio necessário para a produção. Embora os produtores atuem individualmente na produção de uma mercadoria, eles dependem do trabalho em conjunto dos produtores para que seu tempo de produção esteja de acordo com a média dos demais.

É nesse sentido que Marx (2013) apontou que, embora a produtividade apareça como individual, a força produtiva de trabalho é social, porque é determinada por múltiplas circunstâncias, dentre elas o grau médio de destreza dos produtores, na medida em que avançam os meios de produção.

A força de trabalho conjunta da sociedade, que se apresenta nos valores do mundo das mercadorias, vale aqui como uma única força de trabalho humana, embora consista em inumeráveis forças de trabalhos individuais. Cada uma dessas forças de trabalho individuais é a mesma força de trabalho humana que a outra, na medida em que possui o caráter de uma força de trabalho social média e atua como tal força de trabalho social média; portanto, na medida em que, para a produção de uma mercadoria, ela só precisa do tempo de trabalho em média necessário ou tempo de trabalho socialmente necessário. (MARX, 2013, p. 117)

Diante do exposto até aqui, partindo da forma dinheiro, Marx (2013) demonstrou que, ao prescindir desse enigma como forma de manifestação do valor, chega-se à substância do valor, que é o trabalho, e de sua grandeza, que é o tempo de trabalho. Porém, é preciso compreender, ainda, por que o valor não aparece como valor, mas como valor de troca.

Para Marx (2013, p. 137), a mercadoria carrega consigo uma oposição entre seu valor e seu valor de uso:

A oposição interna entre valor de uso e valor, contida na mercadoria, é representada, assim, por meio de uma oposição externa, isto é, pela relação entre duas mercadorias, sendo a primeira – cujo valor deve ser expresso – considerada imediata e exclusivamente como valor de troca. A forma de valor simples de uma mercadoria é, portanto, a forma simples de manifestação da oposição nela contida entre valor de uso e valor.

Essa oposição se deve ao fato de que o valor é objetivo, porém imaterial (HARVEY, 2013). O valor é uma relação social e, por isso, não pode ser visto, tocado ou sentido, ainda que tenha uma presença objetiva. Todavia, o valor de uso é material e, por isso, é útil. Assim, quando

se pega uma mercadoria qualquer, se consegue vê-la, tocá-la, ou sentí-la devido à sua materialidade. Isso significa que, por mais que se vire e revire uma mercadoria, apenas se enxerga o que lhe é sensível, sua materialidade, seu valor de uso, sem que seja possível enxergar o trabalho nela objetivado. Embora não seja possível enxergar, por exemplo, como, onde, por quem e em que condições materiais foi produzida a mercadoria, nela há trabalho objetivado. A oposição, portanto, é justamente entre o trabalho que criou um determinado objeto com o próprio objeto, ou seja, é a separação do valor de uso do valor que ficam independentes entre si.

Dessa maneira, o valor não tem como ser expresso pelo valor de uso, já que este não depende do trabalho empregado para obter suas qualidades úteis. Por conseguinte, é impossível saber o tempo de trabalho socialmente gasto em sua produção, ou, ainda, a magnitude de seu valor. Por isso, o valor somente pode ser expresso na troca de uma mercadoria por outra qualquer como valor de troca:

A mercadoria é valor de uso – ou objeto de uso – e “valor”. Ela se apresenta em seu ser duplo na medida em que seu valor possui uma forma de manifestação própria, distinta de sua forma natural, a saber, a forma de valor de troca, e ela jamais possui essa forma quando considerada de modo isolado, mas sempre apenas na relação de valor ou de troca com uma segunda mercadoria. (MARX, 2013, p. 136)

Só há, portanto, uma forma de representação do valor de uma mercadoria, que é expressa em uma relação interna e recíproca com suas formas-valores, expressa pela forma dinheiro como seu meio tangível, que faz do valor (como tempo de trabalho socialmente necessário) o regulador das relações de troca (HARVEY, 2013).

Ao analisar as relações de troca das mercadorias, Marx (2013) evidencia que é na esfera da circulação que elas aparecem como entes autônomos. Ao circularem, as mercadorias assumem relações sociais que transcendem a produção, assumindo, assim, as relações sociais de seus produtores para si. A aparência dessas relações, assumidas pela mercadoria, constituem o que Marx (2013) denominou de fetichismo da mercadoria:

O caráter misterioso da forma-mercadoria consiste, portanto, simplesmente no fato de que ela reflete aos homens os caracteres sociais de seu próprio trabalho como caracteres objetivos dos próprios produtos do trabalho, como propriedades sociais que são naturais a essas coisas e, por isso, reflete também a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social entre os objetos, existentes à margem dos produtores. (MARX, 2013, p. 147)

Os produtos do trabalho, portanto, se tornam mercadorias. Há uma inversão: as relações sociais entre produtores passam a ser relações sociais entre coisas, entre os produtos de seus trabalhos. O que Marx (2013) evidencia é que o conjunto dos trabalhos privados, que

constituem o trabalho social total, ou seja, a soma total do trabalho e o que dele é produzida, se efetiva mediante a troca de seus produtos. Isso significa que é por meio da troca que os produtores realizam, entre si, as relações entre seus produtos e seus trabalhos, estabelecendo as relações sociais entre os produtores. O caráter misterioso reflete o contrário, como uma visão distorcida dessas relações, pois os produtos do trabalho dos homens se tornam algo externo à sua própria produção, ou seja, aparecem fora deles, de suas relações sociais, na medida em que, ao circularem, assumem a aparência de relações sociais entre coisas, entre mercadorias. Portanto, as mercadorias ganham vida própria, ocultando as relações entre seus produtores e o trabalho, constituindo, assim, o valor em um hieróglifo social:

Na testa do valor não está escrito o que ele é. O valor converte, antes, todo produto do trabalho num hieróglifo social. Mais tarde, os homens tentam decifrar o sentido desse hieróglifo, desvelar o segredo de seu próprio produto social, pois a determinação dos objetos de uso como valores é seu produto social tanto quando a linguagem (MARX, 2013, p. 149).

O que Marx (2013) demonstra é que as relações entre as mercadorias, ao assumirem a aparência de relações sociais, obscurecem o fato de que a dimensão social é fruto do trabalho do ser humano e da natureza. Isso acontece porque, no sistema de mercado, a forma dinheiro disfarça as relações sociais por meio da troca de coisas (HARVEY, 2013). “É justamente essa forma acabada – a forma dinheiro – do mundo das mercadorias que vela materialmente, em vez de revelar, o caráter social dos trabalhos privados e, com isso, as relações sociais entre os trabalhadores privados” (MARX, 2013, p. 150). Todavia, o fetichismo não é mera ilusão, ele não é desfeito quando bem se entende, já que é uma condição inevitável do modo de produção capitalista (HARVEY, 2013).

A partir dos conceitos apresentados até aqui, é possível passar à relação estabelecida por Arouca (1975) sobre a Medicina e a criação de valor, que lhe possibilitou encontrar, nessa relação, sua maior contradição e criar a categoria dilema preventivista. O próximo capítulo é dedicado à apresentação dessa categoria, bem como às relações com a teoria do valor em Marx.

3 O DILEMA PREVENTIVISTA

Na introdução de sua Tese, Arouca (1975) deixou claro que, para compreender o significado da Medicina Preventiva, era necessário determinar a que tipo de racionalidade o conceito pertencia em um dado contexto social. Nesse sentido, a Medicina Preventiva deveria ser analisada de forma particular, pois teria um significado próprio na história. Haveria, portanto, que se estudar sua singularidade, já que para cada tipo de conhecimento haveriam tipos diferentes de racionalidades, as quais não se achariam interligadas. Dessa forma, Arouca (1975) partiu para uma análise da Medicina Preventiva, a fim de compreender a estrutura social de sua emergência. Para isso, buscou compreender como se deu o surgimento da Medicina Preventiva, que teve sua origem a partir do espaço deixado pela Higiene Privada, no qual as condutas de saúde se davam entre os indivíduos, não apenas no campo da Medicina, mas além dessa. Tinha-se por princípio a Higiene como o cuidar da vida, tratando da saúde, não apenas da doença. A Medicina Preventiva surgiu como parte ou até mesmo uma disciplina da Higiene, para mais tarde a substituir, tornando-se uma conduta da prática médica, através de um profissional médico, imbuído de uma nova atitude formada nas Escolas de Medicina.

É sobre essa nova atitude da Medicina Preventiva que Arouca (1975) vai construir seu objeto de estudo. Para o autor, a Medicina Preventiva não constituiu um novo conhecimento, muito menos um aparecimento histórico sucessivo das condutas da Higiene. O que Arouca propôs foi um meio de procurar na história da Medicina Preventiva a construção de um conceito em sua dimensão histórica, através da complexidade estrutural em que se deu sua inovação e que a delimitou do passado e configurou uma historicidade. Assim, tem-se a pergunta central que norteia sua Tese:

O que representa a emergência do discurso preventivista privilegiando uma 'nova atitude', re-introduzindo a quantificação e a formalização no saber clínico, colocando em questão a experiência pedagógica do hospital e relibertando a enfermidade para o espaço social? E, enfim, qual a novidade da institucionalização de um espaço que coloca em questão a própria medicina, ao mesmo tempo que se oferece como projeto alternativo? (AROUCA, 1975, p. 15)

A análise inicial de Arouca (1975) foi de que a Medicina Preventiva como projeto apontou para uma problemática na qual indicou sua origem e sua justificativa. Não foi, portanto, do acúmulo de conhecimentos sobre a não ocorrência de doenças que ela emergiu, porém de uma nova estrutura composta pela reorganização do conhecimento médico em um novo discurso que orientou para uma nova prática da Medicina.

Assim, como formação discursiva, a Medicina Preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: 1) a Higiene, surgida no século XIX, ligada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; 2) a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos no período de 1930 e 1940, diante de uma crise internacional e da ameaça de uma intervenção estatal com a respectiva reação das organizações médicas; e 3) a redefinição das responsabilidades médicas surgidas no interior da educação médica.

Diante disso, Arouca (1975) apontou que, no período de 1950 a 1953, houve um marco importante na redefinição dos objetivos do ensino médico, realizados pelo Comitê de Educação Médica da Associação Americana de Medicina em conjunto com a Associação Americana de Colégios Médicos, que elaboraram uma declaração que introduziu alguns dos principais preceitos da Medicina Preventiva, servindo como base à Conferência de Colorado Springs (1953), local de emergência do discurso preventivista. Conforme Arouca (1975), o campo teórico das conceituações a respeito da Medicina Preventiva definiu, pelas regularidades discursivas, três principais premissas da nova conduta: 1) de que o enfoque se daria sobre o indivíduo e a família; 2) a prática da Medicina Preventiva deveria ocorrer a nível da prática diária dos médicos, independentemente de sua especialidade; e 3) a de que a Medicina Preventiva representaria uma grande transformação do desenvolvimento médico, a partir da incorporação de uma nova atitude por parte do profissional médico.

Diante dessas premissas, Arouca (1975) verificou que os conceitos sobre a Medicina Preventiva representaram um movimento ideológico, partindo de uma crítica da prática médica, propondo uma transformação de sua atitude para com o paciente, a família e a comunidade. Como movimento ideológico, passou a fazer a crítica, em um primeiro momento, da Medicina Curativa, demonstrando assim a insuficiência dessa prática, que se esgotava no diagnóstico e terapêutica. Em um segundo momento, passou a defender seu próprio projeto enquanto nova disciplina e conduta médica, bem como a criação dos Departamento de Medicina Preventiva nas Escolas de Medicina.

Os princípios teóricos desse movimento foram introduzidos, principalmente, por Leavell e Clark (1976), que tiveram influência na divulgação das ideias e na implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva nos Estados Unidos, que mais tarde seriam expandidos para diversos países como modelo a ser seguido nas Escolas de Medicina. Os princípios e condutas da nova disciplina deveriam dar conta do desdobramento do conhecimento em diversas áreas, especialidades e subespecialidades, tendo como proposta de reorganização e

síntese desse movimento a História Natural das Doenças. A relação médico-paciente deixou de ser ocasional para assumir uma relação cotidiana, necessária para a continuidade da vida. Relação que se afirmou com as responsabilidades médicas, já que a vida do homem estaria em qualquer ponto da História Natural das Doenças, cabendo às condutas preventivas a manutenção do equilíbrio da vida. Ao assumir essa responsabilidade, no plano individual (médico), o discurso preventivista adotou a universalidade do cuidado à saúde como prática cotidiana, tratando como uma questão de atitude, formando assim o ponto de articulação da totalidade criada com o campo médico.

É a partir dessas análises sobre a Medicina Preventiva que Arouca (1975) se concentrou em construir um aporte que lhe permitisse sair da aparência da emergência espontânea da Medicina Preventiva, tratada de forma naturalizada no processo histórico, para uma compreensão da essência do fenômeno. Esse aporte resultou, primeiramente, em uma aproximação da proposição da metodologia arqueológica de Foucault (2008), momento em que o autor retoma os conceitos estratégicos da Medicina Preventiva: 1) a integração; 2) a inculcação e a resistência; 3) a mudança; e 4) o esquema evolutivo. Em seguida, partiu para a análise das regras da formação discursiva do discurso preventivista, afim de compreender as condições concretas da existência dos elementos que compunham o discurso em sua singularidade, seguindo a metodologia de análise de Foucault (2008). O resultado dessa aproximação com a teoria de Foucault (2008) foi a constatação de que o discurso preventivista construiu, diante da Medicina, uma adjetivação que constituiria um outro projeto que lhe era, simultaneamente, igual e diferente. Ou seja, tratava-se de um discurso que falava de uma Medicina adjetivada que se tornaria o próprio futuro da Medicina. Dessa forma, ocupou o mesmo espaço, sendo, ao mesmo tempo, sua alternativa e a afirmação de sua identidade com a própria Medicina. O discurso passou a ser instaurado junto à sociedade por meio da institucionalização de espaços discursivos, através dos Departamentos de Medicina Preventiva, das Associações Nacionais de Escolas Médicas e de diferentes instituições internacionais.

Após haver estudado as condições de emergência e as regras de formação discursiva da Medicina Preventiva, Arouca (1975) passou para a análise da articulação da Medicina com a sociedade, a fim de apanhar, em sua totalidade, a especificidade da Medicina Preventiva, momento em que o autor fez a aproximação teórica com a teoria de valor de Marx (2013). Partindo da conceituação do cuidado médico e de sua articulação com o modo de produção capitalista, Arouca (1975) chegou a centralidade de seu trabalho, ao evidenciar a contradição fundamental da Medicina: ter como objeto valores vitais que, para os seres humanos, são

valores de uso no processo da vida, transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista. É essa apreensão que possibilitou a Arouca (1975) a construção da categoria “dilema preventivista”, pois, mesmo a Medicina Preventiva tendo se apresentado como um novo projeto, como um movimento de mudança, instaurando uma nova atitude no profissional médico e nas Escolas Médicas, ela não se separou das estruturas da Medicina, ou seja, manteve a mesma lógica do cuidado médico. Assim, ao manter essa identidade, não conseguiu construir uma Prática Política que levasse às mudanças, constituindo-se, então em um espaço conservador da Medicina e funcional ao capitalismo. Em última instância, dada a articulação da Medicina com o modo de produção capitalista, a Medicina Preventiva surgiu como uma disciplina-tampão, contribuindo para essa articulação, além de falhar como alternativa a um projeto de mudança que não existiu na prática concreta, apenas no mundo das representações (AROUCA, 1975).

Diante disso, o primeiro passo, no Capítulo 3, é deixar claro o que é o “dilema preventivista” proposto por Arouca (1975), ou seja, parto da conclusão de sua Tese, para em seguida, apresentar o método que o autor utilizou para chegar a essa categoria. Assim, o Capítulo 3 é apresentado da seguinte maneira: no item 3.1, apresento o que é o “dilema preventivista”; no item 3.2 retomo a construção histórica, realizada por Arouca (1975), sobre a forma como se deu a passagem da Higiene à emergência da Medicina Preventiva; posteriormente, no item 3.2.1, são apresentados os preceitos da Medicina Preventiva, a partir da elaboração de Leavell e Clark (1976); por fim, no item 3.3, retorno à análise de Arouca (1975), a partir da apresentação dos conceitos estratégicos da Medicina Preventiva e das regras de formação do discurso preventivista, que o levaram à categoria “dilema preventivista”. Além disso, faço alguns apontamentos sobre o Capítulo 4, no qual abordarei a Promoção da Saúde e as aproximações com a Tese de Arouca (1975).

3.1 A tese – o “dilema preventivista”

A construção de Arouca (1975) sobre o dilema preventivista inicia a partir da análise da articulação da Medicina com a sociedade, a fim de apanhar a especificidade da Medicina Preventiva. Partiu, então, da unidade mais simples a ser considerada no interior da Medicina, o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas. Nessa relação, um sofrer, uma insegurança, um sentir de uma pessoa só pode ser satisfeito por outro alguém, que é legitimado e determinado socialmente por meio de um espaço especializado para resolver, ou atenuar, o conjunto de necessidades denominadas doenças. Analisando “O Nascimento da Clínica”, obra

de Foucault, Arouca (1975) apontou que a Medicina, em sua origem, residia na relação imediata do sofrimento com o que alivia; que era, inicialmente, do instinto e sensibilidade estabelecidas pelo próprio indivíduo que sofre, antes mesmo de se difundir em um conjunto de relações sociais: “as experiências advindas destas relações eram comunicadas às pessoas, de pais a filhos, constituindo quase uma experiência coletiva diante do sofrimento” (AROUCA, 1975, p. 204).

A mudança dessas relações ocorreu a partir do momento em que a Medicina passou a expressar a concentração de um saber nas mãos de um grupo privilegiado, fazendo a mediação da relação entre o sofrimento e o que o alivia, ao mesmo tempo em que correspondeu à difusão de um não-saber da população, que a tornou dependente da prática médica diante do sofrimento.

A experiência do sofrimento não resulta mais em um conhecer, de tal forma que estar doente exige a intervenção de alguém que, por seus conhecimentos, possa cuidar daquele sofrer. As leis que regulam a divisão do trabalho operam com a força irresistível de leis naturais, de tal forma que médicos e pacientes encontram-se em relação de troca, em que um é portador das necessidades e o outro de conhecimentos. Mas o que o primeiro recebe não é o conhecimento, e sim o cuidado, forma instrumental deste conhecimento monopolizado. (AROUCA, 1975, p. 204)

O que antes era um conhecimento partilhado, uma relação universal entre as pessoas, passou a exigir a intervenção de alguém que, através de seus conhecimentos, pode intervir no cuidado de um sofrer. Assim, o cuidado médico, tido como um processo de trabalho, está concentrado sobre seu objeto - o homem e suas dimensões biológicas e psicológicas, tendo como resultado a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais (AROUCA,1975). Dessa forma, o cuidado é o próprio processo de trabalho daqueles agentes investidos e legitimados socialmente nessa função, monopolizando o exercício e o conhecimento dessa atividade. Especificando, o cuidado é composto pela corporificação de instrumentos e condutas em um nível técnico em uma relação social específica, satisfazendo as necessidades humanas nos modos de andar a vida. O cuidado médico ocorre quando os sujeitos do processo de trabalho são investidos e legitimados socialmente através de uma determinada educação médica, que monopoliza o conhecimento e o exercício dessa atividade, para atendimento das necessidades específicas da saúde e da doença.

Nesse sentido, o cuidado médico, segundo Arouca (1975), apresenta uma dupla característica: a primeira de ser um processo de trabalho, tendo como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos); e a segunda, de ser uma unidade de troca, ao atender necessidades humanas, atribuindo, social e historicamente, um valor.

Neste processo o que se consome é o próprio cuidado, ou seja, o próprio trabalho e não o produto deste trabalho, em outras palavras, o resultado do cuidado é a intervenção (normativa ou transformadora) sobre valores vitais cujo consumo é realizado na própria vida, no seu uso e no consumo da força de trabalho no processo produtivo, sendo, portanto, consumido no cuidado o trabalho de seus agentes e seus instrumentos, e não o seu resultado. (AROUCA, 1975, p. 205)

Dessa relação, Arouca (1975) evidenciou quatro características básicas do cuidado médico: 1ª) é uma unidade de produção e consumo; 2ª) implica em três valores - seu próprio valor como unidade de troca, os valores vitais que toma como objetos, e os valores de uso e de troca atribuídos socialmente aos valores vitais; 3ª) é um processo de trabalho que envolve um conjunto de relações composto por conhecimentos, técnicas, relações sociais e necessidades a serem satisfeitas; e 4ª) é determinado pelas necessidades vitais nos mais variados modos de andar a vida e determina socialmente as necessidades e seu espaço de coberturas.

Esse conjunto de características básicas do cuidado médico define um espaço, no qual se encontra a contradição fundamental da Medicina (AROUCA, 1975). Segundo o autor, a Medicina atua nas margens entre o vital e o social, uma vez que define como seu objeto o vital que é influenciado pelo social, encontrando, nesse lugar, seus limites e suas possibilidades. Para compreender como o nível social influencia a Medicina, Arouca (1975) analisou a articulação do trabalho médico com o modo de produção capitalista, pois é nessa articulação que reside sua contradição.

O produto da prática médica, o cuidado, refere-se a valores que, para seus possuidores, existem como valores de uso, ou seja, refere-se à própria vida dos seres humanos. Quando uma pessoa, por exemplo, está com um problema de saúde, independentemente de qual seja sua natureza, ela procura o cuidado médico para sanar esse problema a fim de que possa retomar sua condição de saúde e seguir seu modo de andar a vida. Então, na relação entre essa pessoa e o médico, há uma dependência entre a necessidade do cuidado e o saber que somente o médico possui para proporcionar àquela as condições necessárias de sua recuperação. Nessa relação, o valor de uso aparece como a própria recuperação da saúde, para que a pessoa possa deixar a condição de estar doente. Todavia, sanar o problema dessa pessoa implica para ela não só uma melhora de sua condição de saúde, mas, também, a possibilidade de retomar as condições necessárias para exercer sua força de trabalho, pois, como trabalhador, depende disso para sua sobrevivência no modo de produção capitalista. Porém, no momento em que a saúde, como valor biológico, passa a ser considerada também como um atributo da força de trabalho, para que melhor seja consumida no processo produtivo, ela, como valor de uso para seu detentor, passa a ser um valor de troca, a partir da venda de sua força de trabalho no mercado. Portanto,

se inicialmente a saúde tem como significado um valor de uso para seu detentor, imediatamente ela é transformada em valor de troca para sua própria sobrevivência.

Essa é a contradição fundamental da Medicina: ter como objeto valores vitais que, para os seres humanos, são valores de uso no processo da vida, transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista. Especificando, a saúde é um valor de uso no sentido empregado por Marx (2013), ou seja, é caráter útil para o ser humano, que nesse caso se resume à própria vida, sendo, portanto, sua própria força vital, que lhe permite produzir para suprir suas diversas necessidades sociais. Nesse sentido, a recuperação da saúde é a recuperação dos valores vitais para os seres humanos, significando ao mesmo tempo a recuperação de sua força vital e, por conseguinte, sua capacidade produtiva. A contradição reside, justamente, quando o caráter útil dessa força produtiva, ou seja, a vida, é apropriada pelo modo de produção capitalista como força produtiva, e a saúde passa a ser também um atributo para a recuperação dessa força de trabalho para o capital. Essa é a contradição da Medicina, que tem como objeto valores vitais que são para os seres humanos valores de uso, e através da sua prática os recupera, ao mesmo tempo que recupera também a força de trabalho, transformada em valor de troca, quando passa a ser vendida no mercado de trabalho, sendo, portanto, funcional ao capitalismo.

A vida, então, passa a ser tratada como uma mercadoria, tendo no cuidado médico a forma para que sejam mantidas as condições necessárias de manutenção da saúde utilizada como valor de troca no mercado. Conforme Arouca (1975), o uso atribuído a valores vitais determina, também, quais deles devem ser tomados prioritariamente como objetos de trabalho da Medicina, fazendo com que se crie uma normatividade desses valores em termos de doenças e cabendo a ela o cuidado dessas alterações. A Medicina se transforma em um grande árbitro determinando, por conseguinte, quais são os principais valores vitais a serem tratados pelo cuidado médico, com o intuito de fazer com que os trabalhadores sejam mantidos em boas condições de saúde para que estejam aptos a vender sua força de trabalho diante das exigências do processo produtivo.

Entretanto, segundo Arouca (1975), a mesma atividade médica que faz a manutenção e recuperação do valor de uso de uma pessoa, que ao vender sua força de trabalho passa a significar a manutenção de valor de troca, funciona, para as classes hegemônicas, como um valor de uso que é colocado como corporificação do capital no processo de extração de mais valia:

Portanto, em uma primeira análise, podemos dizer que a Medicina, atuando sobre valores que constituem o modo de andar a vida dos sujeitos, refere-se a dois valores de uso, o primeiro que no processo de produção cria a mais valia, e o segundo que, no mesmo processo, se apropria dela. (AROUCA, 1975, p. 213)

Aqui cabe um esclarecimento sobre o conceito de mais-valia. Segundo Marx (2013), a produção capitalista não é apenas a produção de mercadorias, mas a produção de mais valor. No sistema capitalista, portanto, o trabalhador não produz só para si, mas para o capital, sendo por isso, considerado produtivo apenas o trabalhador que produza mais-valia para o capitalista. Conforme Marx (2013), para que o capitalista possa transformar o seu dinheiro em capital, ele precisa encontrar no mercado de trabalho o trabalhador livre que disponha de sua força de trabalho como alguém que não tem outra mercadoria para vender a não ser sua própria força de trabalho. Dessa forma, no modo de produção capitalista, a característica dessa produção é a transformação da força de trabalho em mercadoria, sendo que, o “valor da força de trabalho, como o de outras mercadorias, é determinado pelo tempo de trabalho necessário para a produção – e, conseqüentemente, também para a reprodução” (MARX, 2013, p. 245).

Para a reprodução da força de trabalho, o trabalhador necessita dos meios indispensáveis para produzir sua vida, de forma que seu trabalho consiste em sua própria reprodução ou manutenção, a fim de que ele possa repetir o mesmo processo de trabalho todos os dias, sob condições de saúde e força similares. O preço do trabalho fica ajustado sobre esse valor da força de trabalho, funcionando como medida para a determinação da mais-valia, que se dá na diferença total do valor produzido na jornada de trabalho pelo trabalhador e ao necessário para a reprodução de sua própria vida. Nesse sentido, a mais-valia, como demonstra Marx (2013), é a diferença entre o valor que é recebido pelo trabalhador na forma de salário, correspondente ao valor da força de trabalho, e aquele valor produzido pelo trabalhador em sua jornada de trabalho. Portanto, a diferença do total produzido na jornada de trabalho e o tempo de trabalho necessário para o trabalhador reproduzir sua própria vida configura a magnitude da exploração da força de trabalho pelo capitalista, estabelecendo, assim, a mais-valia (MARX, 2013). Por sua vez, a mais-valia pode ser aumentada de duas maneiras: pela mais-valia absoluta ou pela mais-valia relativa.

A mais-valia absoluta é a extensão da exploração do trabalho a partir do aumento da jornada de trabalho sem que seja aumentado, correspondentemente, o salário do trabalhador; aumentando, assim, o tempo destinado à produção da mais-valia. A mais-valia relativa ocorre pela redução do tempo de trabalho necessário, a partir do aumento da produtividade, seja pela introdução da tecnologia ou de novos métodos de organização do trabalho. Isso permite que

seja aumentada a produção de mercadorias no mesmo tempo de trabalho, sem o correspondente aumento do desgaste da força de trabalho, fazendo com que o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria fique reduzido no valor individual de cada mercadoria (MARX, 2013).

Retomando a análise de Arouca (1975), o cuidado médico, ao tratar dos valores biológicos dos seres humanos, contribui para a manutenção e recuperação da força de trabalho, sendo funcional para o modo de produção capitalista que transforma a força de trabalho em mercadoria. Não obstante, é o próprio cuidado médico que define o caráter do trabalho médico, sendo necessário, portanto, compreender como se dá essa relação com a produção de mais-valia por parte da Medicina. Para isso, Arouca (1975) estabeleceu duas proposições sobre o trabalho médico.

A primeira proposição é sobre a relação entre médico e paciente: uma relação simples de troca, na qual não há separação entre o produto e o ato de sua produção. A esse respeito, Arouca (1975) considerou que, no cuidado médico, estão envolvidos a distribuição e o consumo de objetos médicos – instrumentos e medicamentos – produzidos no setor industrial, e que, o custo desses objetos é incorporado ao valor do cuidado, configurando, portanto, na produção e consumo do cuidado a realização do valor das mercadorias desse setor industrial. Isso implica que o cuidado médico seja um setor de consumo produtivo, fazendo com que a forma do cuidado esteja cada vez mais determinada pela produção dos objetos médicos. Ao adentrar na racionalidade industrial, o trabalho médico funciona como agente intermediário da realização do valor da mercadoria criada pela indústria, sendo, portanto, nesse nível que se dá a reprodução do capital.

O resultado de uma chapa de pulmão não possui nenhum valor para o seu usuário sem a interpretação e prescrição decorrente do profissional médico que, assim, funciona como um dos elementos fundamentais na troca e consumo destas mercadorias. Em outras palavras, poderíamos dizer que a realização do valor incorporado nestas mercadorias, na forma atual de organização da medicina, só se faz com o consumo de trabalho especializado, ou seja, do médico, odontólogo, enfim, dos vários agentes desse setor. (AROUCA, 1975, p. 215)

A segunda proposição trata dos diferentes significados do cuidado médico para as classes sociais, sendo nessa relação que ocorre a criação e a apropriação da mais-valia. Para essa análise, Arouca (1975) apresentou o desenvolvimento realizado por Casanova (1971)³

³ O objetivo desse trabalho não é explorar o desenvolvimento de Casanova (1971) sobre a criação da mais-valia, inclusive porque Arouca (1975) não se debruçou sobre esse desenvolvimento, apenas o utilizou para demonstrar que o trabalho médico e a Medicina extraem a mais-valia a partir da exploração da força de trabalho. Com isso, meu objetivo é apenas retomar as conclusões a que Arouca chegou a partir desse desenvolvimento, para mais

sobre a taxa de mais valia, para verificar a influência do cuidado médico sobre a criação do valor. A partir desse desenvolvimento, Arouca (1975) demonstrou que o trabalho médico pode ser diretamente produtivo ao incorporar-se ao trabalho coletivo, cuidando da força de trabalho, participando da organização do processo produtivo e mantendo a força de trabalho em condições de ser consumida:

Assim, selecionando, mantendo e recuperando a força de trabalho, aumentando a sua produtividade, diminuindo os riscos a que ela está submetida, a Medicina participa da organização do processo produtivo, diminuindo o tempo de trabalho necessário e aumentando a mais-valia produzida. Desta forma, o cuidado médico é um trabalho humano que, incorporado à mercadoria força de trabalho que cria valores, contribui para a diminuição relativa do seu valor (tempo de trabalho necessário) e para o aumento dos valores que ela cria (mais-valia). (AROUCA, 1975, p. 219)

Conforme Arouca (1975), o cuidado médico contribui para o aumento da produtividade quando os trabalhadores são mantidos em boas condições de saúde, direta ou indiretamente, devido a diminuição do ausentismo e de acidentes de trabalho. Um dos exemplos dessa relação se dá através da Medicina do Trabalho que, junto com a Psicologia, transforma-se em um grande árbitro que define, em termos de exigência do processo produtivo, as condições dessa força de trabalho através de exames de seleção.

O cuidado médico, portanto, participa do aumento da mais-valia relativa ao contribuir para o aumento da produtividade, diminuindo o tempo de trabalho necessário. Pode, também, contribuir para a mais-valia absoluta, quando mantém o trabalhador em condições boas de saúde, possibilitando, dessa forma, a realização de jornadas extraordinárias de trabalho (AROUCA, 1975).

Em síntese, podemos dizer que a saúde, como valor biológico, pode ser considerada como um atributo da força de trabalho para que ela melhor possa ser consumida no processo produtivo. Porém, paradoxalmente, a força de trabalho como mercadoria incorpora para a sua manutenção um quantum de trabalho, cujo efeito não é aumentar o seu valor, mas, sim, possibilitar o aumento da sua exploração. (AROUCA, 1975, p. 219)

A articulação da Medicina está referida à manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho tomada como um valor de troca para o proletário, funcionando como um valor de uso para as classes hegemônicas, a partir da exploração do trabalhador. O trabalho médico se tornou funcional a essa reprodução dentro da lógica capitalista, sendo diretamente produtivo, quando possibilita um acréscimo na mais-valia.

A Medicina, no interior do modo de produção capitalista, define-se como uma área em tensão, por estar simultaneamente ligada ao processo de expansão do regime do

adiante fazer as possíveis conexões de seu pensamento com a Promoção da Saúde. Para informações sobre Casanova (1971) ver as páginas 217-219 da Tese de Arouca (1975).

capital que envolve a universalização da mercadoria, a redefinição das categorias profissionais, a criação de necessidades não satisfeitas, a distribuição desigual de recursos, a tecnificação do cuidado, e estar ligada aos chamados problemas sociais em que se afirma a ideologia da ética natural e universal do modo de produção. A isto devemos ainda acrescentar a existência de um “poder médico” que se configura, desde a relação médico-paciente, no processo de medicalização, nas diferentes associações profissionais que definem os direitos deste grupo como se fossem direitos inerentes ao próprio exercício da Medicina e, portanto, como o de produzir, também naturais e universais. (AROUCA, 1975, p. 229)

A Medicina Preventiva aparece nesse campo de tensões da Medicina como um projeto que se apresenta como alternativa de solução ao conjunto de problemas das formações sociais relativas à incidência de doenças e abrangência dos cuidados médicos, centralizando no profissional médico um novo comportamento, uma nova atitude, de caráter individual e cotidiano em sua prática. Contudo, o fez a partir de uma leitura liberal, mantendo a natureza do cuidado médico, sem que escapasse à contradição da Medicina.

Arouca (1975), evidenciando os objetivos do movimento em três níveis⁴ – relativos às características do profissional médico, das escolas médicas, e às condições de saúde das populações – questiona a viabilidade do projeto preventivista no interior do modo de produção capitalista. As medidas preventivas foram incorporadas ao cuidado, fazendo com que passassem a ter um valor de troca, transformando-se em mercadorias e, assim, satisfazendo as necessidades de determinados grupos sociais. Transformação que está diretamente ligada ao processo de medicalização, no qual cada vez mais se amplia o espaço de controle da Medicina sobre os seres humanos. Além disso, a produção do cuidado, na prática liberal, criou determinados setores de consumo de cuidados preventivos para o consumo das classes sociais que têm acesso a esse tipo de prática médica, evidenciando a prática excludente no atendimento à saúde da população. Não obstante, a produção do cuidado sofre influências do setor industrial, na medida em que começa a produzir uma tecnologia da prevenção, passando a ser incorporada em determinadas práticas, por exemplo, na utilização de equipamentos para exames periódicos. Isso fez com que o cuidado preventivo se constituísse em um setor de alta densidade de capital, ou seja, de realização de valor para esse setor industrial (AROUCA, 1975).

A incorporação das atitudes preventivistas também ficaram diretamente ligadas ao aumento da produtividade do trabalho, sendo incorporadas ao trabalho médico, visando a diminuição do absenteísmo e ao respectivo aumento da produtividade. “Não foi por mero acaso que as chamadas empresas médicas adotaram rapidamente, após a sua criação, o discurso preventivista na justificativa de sua validade” (AROUCA, 1975, p. 231). Na política estatal,

⁴ A origem na Medicina Preventiva e seus objetivos serão analisados mais adiante, no item 3.2.1.

também foram incorporadas, por meio de organismos da saúde pública, as atitudes preventivistas visando, principalmente, cobrir a atenção das populações ditas marginais. Dessa maneira, a Medicina Preventiva passou a ser incorporada ao trabalho médico conforme as características das várias formas desse trabalho, porém o fez sem escapar à contradição fundamental da Medicina, já que o uso atribuído à vida como força de trabalho consumida no processo produtivo, é o núcleo gerador das patologias, que dependem do cuidado médico para sua atenção. Nesse contexto, a Medicina Preventiva, que tinha como discurso uma mudança da prática médica, ficou restrita ao conservadorismo de uma prática liberal funcional ao capital.

É nesse conjunto de relações que consiste a centralidade da análise de Arouca (1975) sobre o que é o dilema preventivista, ou seja, é a contradição fundamental da Medicina Preventiva que atribui à vida ser uma força de trabalho a ser consumida no processo produtivo. É o conhecimento médico tomado como uma relação atomizada entre o paciente e o profissional de Medicina, no qual, por um lado se encontra uma necessidade do ser humano, que é o cuidado à sua saúde como valor de uso e, por outro, o cuidado mediado por uma relação de troca, tratada como uma mercadoria. Ao mesmo tempo em que foi uma Medicina que pretendia salvar vidas através da prevenção, em oposição à prática curativa, foi funcional ao sistema de produção capitalista. Assim, o discurso de mudar a prática médica através de um enfoque na mudança da mentalidade do médico sem alterar as relações com o modo de produção capitalista, inviabilizou o projeto, fazendo com que não houvesse uma mudança como prática concreta, apenas no mundo das representações (AROUCA, 1975).

O próximo item é dedicado a exposição do método de Arouca (1975), a fim de apresentar como o autor chegou à categoria dilema preventivista.

3.2 Da Higiene à Medicina Preventiva

O ponto de partida do estudo de Arouca (1975) foi em torno do complexo saúde/doença, compreendido como um “processo, no qual um conjunto de fatores interagem na determinação de seu desenvolvimento” (AROUCA, 1975, p.1), fazendo com que os profissionais do ramo da saúde, principalmente os médicos, adotem uma série de condutas para interferir nesse processo. O conjunto de condutas existentes formariam uma unidade que constituiria o atendimento médico e, assim, possuiria uma igual importância, ao menos no plano teórico, para a intervenção no processo saúde/doença. Nesse conjunto, encontram-se as condutas preventivas, as quais, segundo Arouca (1975), podem ser encontradas desde os mais remotos tempos históricos, pois teriam acompanhado a evolução da própria medicina.

Todavia, Arouca (1975) não fez o resgate histórico da medicina e das condutas preventivas como objeto de estudo, embora considerasse importante esse aspecto. Seu método de análise se deu a partir da premissa de que a “história das ciências é, basicamente, a história das ideias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento” (AROUCA, 1975, p.3). Segundo Foucault (2008), a história das ideias escapa ao trabalho do historiador e de seus métodos, por não ser uma busca das origens do conhecimento, de seus acúmulos indefinidos, seguindo uma linha cronológica de forma homogênea. Ao contrário, a atenção se desloca para os fenômenos de ruptura onde procura detectar a incidência das interrupções na história.

[...] a história de um conceito não é, de forma alguma, a de seu refinamento progressivo, de sua racionalidade continuamente crescente, de seu gradiente de abstração, mas a de seus diversos campos de constituição e validade, a de suas regras sucessivas de uso, a dos meios teóricos múltiplos em que foi realizada e concluída sua elaboração. (FOUCAULT, 2008, p. 4-5)

A partir desse referencial, o objetivo de Arouca (1975) foi determinar o tipo de racionalidade a que o conceito pertence em um determinado contexto social, porque entendia que a conduta preventiva teria um significado próprio na história e não poderia ser comparada com os tipos de medicina dos séculos anteriores. Haveria, portanto, que estudar sua singularidade, já que para cada tipo de conhecimento haveria tipos diferentes de racionalidades, as quais não se achariam interligadas.

A Medicina Preventiva, dentro dessa abordagem, representa um novo fenômeno no campo conceitual da área médica ao estabelecer uma nova articulação com uma sociedade em profundas mudanças decorrentes da chamada revolução industrial (AROUCA, 1975, p.3).

A hipótese levantada por Arouca foi de que não havia identidade entre as condutas preventivas e a Medicina Preventiva, não se esgotando na simples ocorrência de doenças. É nesse sentido que ele buscou, através da história das ideias, compreender a estrutura social em que emergiu a Medicina Preventiva. Para isso, fez o resgate histórico sobre o conceito de Higiene, já que a Medicina Preventiva aparece inicialmente como parte ou setor dessa, para depois se separar e vir a se tornar uma disciplina independente.

Ao fazer o resgate histórico do conceito de Higiene, Arouca (1975) compreende que é importante situar dois períodos para sua análise: o Absolutismo e a Revolução Francesa. Entralgo (1954) considera que o conceito de Higiene está relacionado com a história da medicina em diferentes contextos sociais e culturais nas diversas sociedades. Segundo o autor, o conceito de Higiene surgiu no final do século XVIII, devido à nova configuração de sociedade

com a passagem do Absolutismo ao Iluminismo, culminando na Revolução Francesa. Essa passagem, ligada às ideologias liberais, provocou uma ruptura histórica nas concepções políticas até então vigentes sobre a Medicina e a Higiene.

Durante o Absolutismo, o Estado concentrava todos os poderes para si e tinha sob seu controle as relações comerciais e os cuidados da população. Naquele período, começam a surgir as concepções sobre Higiene e Medicina, não como uma preocupação em garantir saúde para a população, mas, ao contrário, como forma de garantir o aumento das riquezas do Estado, através da produção e expansão do poder nacional (ENTRALGO, 1954). Naquele momento, segundo Arouca (1975), foi criado, na Inglaterra, um conjunto de propostas de planejamento em saúde, por exemplo, estudos de morbidade e mortalidade, criação de instituições hospitalares para atendimento aos pobres, estatísticas populacionais, e o conceito de Polícia Médica, que representava um sistema de normas para a organização de um sistema de higiene pública e privada. Tem-se, portanto, uma Higiene de cima para baixo, controlada pelas ações exclusivas do Estado, na qual todas as políticas são impostas ao conjunto da sociedade (AROUCA, 1975).

Em oposição às ideias absolutistas, o pensamento iluminista trouxe o estudo sobre o homem e a vida, de forma a libertar o sujeito de seu aprisionamento intelectual e considerá-lo dotado de racionalidade (ENTRALGO, 1954). Segundo Arouca (1975), é no Contrato Social, de Jean Jaques Rousseau, que se expressou a maior oposição ao Absolutismo, por considerar que o Estado é o agente que aprisiona o homem em uma condição fora de sua natureza humana, que é a liberdade. Assim, a relação estabelecida com o Estado é de alienação à vontade geral. Os homens seriam doentes por ignorância e a educação seria o meio, para Rousseau, de exercer a liberdade.

O desenvolvimento dessas ideias, impulsionadas pelo pensamento de Rousseau, culminaram na Revolução Francesa e na influência do liberalismo no campo econômico e social. Arouca (1975) destacou que, a partir daquele momento, houve intensas atividades sanitárias e florescimento de concepções políticas de Medicina e de Higiene. Na Inglaterra, foram criadas medidas que levaram simultaneamente a concessões e a formas de controle pela classe trabalhadora. Na Alemanha, surgiu o conceito de Medicina Social como um conceito político, através de associações de camponeses que lutavam por assistência física e fornecimento gratuito de medicamentos. Todavia, a especificidade histórica, que Arouca (1975) destacou, é a vinculação, naquele momento, da Higiene com a ideologia liberal, pois reafirmou

as responsabilidades individuais perante a saúde, as quais também influenciaram inúmeros movimentos socialistas da época.

Ao longo do século XVIII, com as mudanças acerca da Higiene e da Medicina, o médico adquiriu centralidade como profissional, impulsionado por um ensino de Medicina cada vez mais especializado, iniciando-se as diferentes divisões de ensino, como as de anatomia, obstetrícia, oftalmologia, dentre outras, que foram surgindo ao longo dos anos (ENTRALGO, 1954).

Michel Foucault⁵ (1978a) fez uma análise da Medicina no século XIX e, para isso, remontou ao século XVIII, encontrando as raízes da prática social da Medicina. Para o autor, o século XVIII foi um marco no pensamento e na estruturação das práticas médicas, pois antes daquele século, havia desde a época de Constantino, no Império Romano, uma concepção introduzida no mundo mediterrâneo de que o princípio da vida seria o cuidado da alma como forma de salvação do homem. Essa salvação se converteu em um dos objetivos do Estado e, por isso, todas as grandes teocracias até o século XVIII se ocuparam desse tema - como regimes políticos de salvação. A alteração, sob os ideais iluministas, expressos na Revolução Francesa, viria com uma nova forma do agir, não mais teocrática, mas somatocrática, que se desenvolveu ao longo do século XVIII e se perpetuou ao longo dos séculos seguintes. Nela, uma das finalidades de intervenção estatal passou a ser o cuidado do corpo, da saúde corporal, das relações entre saúde e doença; um espaço que se ampliou à medida que a Medicina foi se modernizando (FOUCAULT, 1978a).

Foucault (1978a) compreendeu que, a partir do momento em que se estabeleceram as ideias liberais, foi criado um espaço de cooptação de uma prática social para o exercício privado da profissão médica. A Higiene, portanto, passou a ser uma atividade dessa relação, passando para um outro estágio, determinado pelas ideias liberais, e dando início ao que se concebeu por Medicina Social.

Nesse sentido, para Foucault (1978a), até meados de 1750 o discurso médico não ultrapassou os limites do olhar clínico sobre o enfermo e a enfermidade, não se libertando do estancamento científico e terapêutico da época Medieval. Apenas a partir da metade do século XVIII expandiu seu olhar para outras ramificações que não só a doença, deixando de ser

⁵ Michel Foucault ministrou três conferências no curso de medicina social do Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em 1974. Na primeira conferência foi apresentado o texto intitulado “A crise da medicina ou a crise da antimedicina; na segunda, o texto intitulado “História da medicalização”; e na terceira o texto intitulado “Incorporação do hospital na tecnologia moderna”.

essencialmente clínica para ser social. Nesse aspecto, definiu quatro grandes processos que caracterizaram a Medicina daquela época:

1. Aparição de uma autoridade médica, que não é simplesmente a autoridade do saber, uma pessoa erudita que sabe referir-se aos bons autores. A autoridade médica é uma autoridade social que pode tomar decisões no nível de uma cidade, um bairro, uma instituição, um regramento. É a manifestação do que os alemães denominavam “Staatsmedicin”, Medicina do Estado.
2. Aparição de um campo de intervenção da Medicina distinto das enfermidades: o ar, a água, as construções, os terrenos, os desagues, etc. No século XVIII tudo isso se converte em objeto da Medicina.
3. Introdução de um aparato de medicalização coletiva, a saber, o hospital. Antes do século XVIII o hospital não era uma instituição de medicalização, mas de assistência aos pobres na espera da morte.
4. Introdução de mecanismo de administração médica; registro de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, etc.

(FOUCAULT, 1978a, p. 27, tradução nossa)

A partir desses processos de desenvolvimento da Higiene e da Medicina, Foucault (1978b) partiu para uma compreensão de seus avanços e das diferentes abordagens que foram sendo adotadas na Medicina Social, definindo-a como uma certa tecnologia do corpo social composta por três etapas em sua formação: a Medicina de Estado; a Medicina urbana; e a Medicina da força de trabalho.

A Medicina de Estado se desenvolveu principalmente na Alemanha, no começo do século XVIII, buscando uma melhora da saúde da população por meio do controle da morbidade, através das taxas de natalidade e mortalidade, cujos registros ficavam sob responsabilidade exclusiva do Estado. Também a organização do saber médico, por meio da normalização da profissão, que ficou a cargo do Estado, caracterizando essencialmente a Medicina de Estado (FOUCAULT, 1978b).

A Medicina urbana ocorreu, principalmente, no contexto francês, com o desenvolvimento das estruturas urbanas. As alterações desse tipo se deram por um conjunto de fatores econômicos devido à ampliação do mercado e das relações com outros países, que impediam a segregação de poder entre as diversas cidades que compunham a França; e por fatores políticos, com o aumento do contingente de trabalhadores nas cidades e do contingente da população pobre, que influenciaram decisivamente nas tensões políticas dos diferentes grupos que compunham as cidades. A esses dois fatores, se somaram preocupações da higiene pública: tamanho do espaço urbano; condições de saneamento, do acesso a água, qualidade do ar; quantidade de hospitais, cemitérios e outros. Preocupações que influenciaram no avanço das práticas médicas e na aproximação dos experimentos entre a física e a química para a melhora das condições de vida (FOUCAULT, 1978b).

A Medicina da força de trabalho se desenvolveu na Inglaterra, onde os pobres e os trabalhadores foram o objeto da medicalização. Foram criadas medidas de vacinação obrigatórias, registros de epidemias e enfermidades, e identificação dos locais insalubres, que culminaram com a criação dos serviços de saúde que eram prestados pelo Estado. Três são os principais resultados que Foucault (1978b) observou nesse tipo de medicina: assistência médica ao pobre; controle da saúde da força de trabalho; e desenvolvimento da medicina privada para aqueles que tinham condições de pagá-la.

Essas três etapas permitem ter um panorama geral sobre as mudanças ocorridas com as proposições da Medicina no contexto de alterações sociais a partir da Revolução Francesa. Assim, a Higiene foi, naquele contexto, tida não como uma ciência, mas como um conjunto de ações que pretendiam o bem-estar da população, por intermédio do médico como um provedor desse estado de saúde, de forma a superar o tratamento da doença enquanto um fim em si mesmo. Ainda sobre os impulsos que ocorreriam nos anos subsequentes, Foucault (1978a) ressalta:

No século XIX aparece em todos os países do mundo uma copiosa literatura sobre a saúde, sobre a obrigação dos indivíduos de garantir sua saúde, a de sua família, etc. O conceito de limpeza, de Higiene como limpeza, ocupa um lugar central em todas essas exorbitações morais sobre a saúde. São abundantes as publicações que insistem na limpeza como requisito para gozar de boa saúde, ou seja, para poder trabalhar, a fim de que os filhos sobrevivam e assegurem também o trabalho social e a produção. A limpeza é obrigação de conseguir uma boa saúde ao indivíduo e a todos que o cercam. A partir da segunda metade do século XX surge outro conceito. Já não se fala da obrigação da limpeza e da higiene para gozar de boa saúde, mas do direito a estar doente. O direito a interromper o trabalho começa a tomar corpo e é mais importante que a antiga obrigação da limpeza que caracterizava a relação moral dos indivíduos com seu corpo. (FOUCAULT, 1978a, p. 18, tradução nossa)

A Medicina Preventiva surgiu como uma disciplina ou setor da Higiene, com objetivo do cuidado da saúde em sua plenitude, antes que a doença já estivesse manifesta, ou seja, procurou tratar da saúde para evitar a doença. A Higiene mantinha um duplo discurso, conforme Arouca (1975): 1º) afirmação de suas próprias responsabilidades e de sua natureza e, fundamentalmente, seu destino inexorável para a solução de um conjunto de problemas que não haviam sido resolvidos pela medicina curativa, ou por outras instâncias da sociedade; e 2º) afirmação de seu âmbito como sobreposição ao espaço e ao tempo da própria vida, através de um discurso normativo a ser seguido.

No primeiro ponto, é necessário compreender as fases históricas entre os conceitos de saúde e doença, que levaram a essa concepção. Peixoto (1938 *apud* AROUCA, 1975, p. 89) destaca quatro ciclos referentes aos conceitos:

1) Ciclo Religioso - A doença é uma punição divina e o doente deve ser expurgado, tratado sob preces e exorcismos. É a fase histórica do Cristianismo em que, ao mesmo tempo que trata a doença como algo obscuro e misterioso é, também, a resignação do doente, o caminho da perfeição. Caracteriza-se, portanto, pelo temor do doente e da doença.

2) Ciclo Médico - Defesa do doente contra a doença. O doente é digno de piedade, pois a doença é um perigo individual e sua cura significa servir a Deus. São criados os hospitais e lazaretos que propiciaram o desenvolvimento da Medicina e da Higiene.

3) Ciclo Profilático - A doença deixa de ser um perigo ao indivíduo, mas é um problema público; o doente deve ser tratado como parte social, não mais nocivo à comunidade. A Medicina e a Higiene são os grandes avanços no tratamento.

4) Ciclo Econômico - A doença deve ser extinta e combatida pela comunidade. O ideal que orienta essa prática é que o sofrimento do indivíduo o impede de produzir e trabalhar, o doente é máquina de trabalho e riqueza parada, gerando ônus para a sociedade. São instituídos ao longo do tempo leis sociais de seguro e previdência, e de saneamento, que demarcariam o início de um longo ciclo.

Arouca (1975) apontou que, a partir do Ciclo Econômico, a Higiene se separou definitivamente da Medicina, com o mito de que poderia controlar completamente as doenças, tendo como objetivo final a morte natural. Seria, sobretudo, um ideal de vida sem enfermidades que poderia ser almejado, desde que fossem seguidas o conjunto de normas particulares e coletivas. É a partir desse momento que a Higiene passa a ser normativa e taxativa. A crítica feita à Medicina foi a afirmação de que essa só conseguia atuar dentro de sua natureza episódica, a de cura das enfermidades, e não da prevenção. Portanto, para a Higiene, a Medicina era limitada, não sendo capaz de solucionar os problemas da própria vida. Como visão histórica, a Higiene construiu uma certa teleologia da medicina, estabelecendo um caminho para a realização de uma saúde positiva, a qual permearia todas as condutas humanas; e ela mesma seria o instrumento dessa teleologia, participando da formação de uma consciência sanitária.

O segundo ponto de análise retrata o discurso normativo da Higiene, que afirmou sua sobreposição ao espaço e ao tempo da própria vida. Essa normatividade se realizou a partir do estudo dos temas do homem no estado de saúde, por exemplo, seus hábitos, sexo, raças e profissão; assim como de assuntos próprios da Higiene, como clima, água, habitações, alimentação e outros; e da Higiene aplicada, englobando a Higiene do trabalho. Arouca (1975)

compreendeu que a Higiene colocou seu discurso em um espaço constituído por dois eixos: o eixo vertical, que é o processo cronológico do desenvolvimento humano e suas características particulares, situando o indivíduo no processo psico-biológico; e o eixo horizontal, correspondente à totalidade das atividades desenvolvidas pelo indivíduo, por exemplo, trabalho, alimentação, reprodução etc. Para cada ponto desses dois eixos, haveria um conjunto de normas e recomendações que, se aplicadas, fariam com que os indivíduos tivessem o pleno estado de saúde até sua morte natural.

Sob esse aspecto, a Higiene não seria, então, uma ciência, mas um conjunto de aplicações das ciências na manutenção do bem-estar do indivíduo. Foi criado o “mito de uma unidade do conhecimento em prol do bem viver, espaço que se sobrepõe e acompanha a vida, difusa no próprio espaço dos homens” (AROUCA, 1975, p. 92). O que reforçou esse mito foi o mecanismo de alusão-ilusão dessa totalidade normativa. Para Arouca (1975), esse mecanismo corresponde a uma concepção ideológica de representação que os homens fazem do mundo e das relações que mantêm com ele:

A ideologia em uma sociedade de classes é necessariamente uma falsa representação do real, constituindo, portanto, em fornecer uma visão mistificada do sistema social para manter os indivíduos em seu lugar de classe dentro do sistema de produção. A ideologia seria, portanto, uma alusão ao real fornecida em termos de ilusão. (AROUCA, 1975, p. 79)

Com isso, Arouca (1975) afirmou que a ideologia não é um pensamento construído pelo próprio sujeito concreto, mas uma forma de apreender o real em sua aparência, relacionada a um conjunto de formulações pré-constituídas e utilizada na explicação do real, através do reconhecimento. “Com o termo predominantemente invertido, queremos dizer que não necessariamente todo o discurso ideológico é composto de ilusões sobre o real, mas que pode conter elementos que se refiram à essência do real” (AROUCA, 1975, p. 81). A partir dessas considerações, o mito em torno da Higiene funcionou como alusão, porque discursou sobre o valor de uso da própria vida; e como ilusão, por considerar que a cultura higiênica seria a solução dos problemas das condições de existência do homem, o que representava uma visão ideológica de mundo. Nas suas representações, abstraiu as causações para afirmar uma atitude normativa, através da unidade das ciências; ao mesmo tempo que discursou sobre as alternativas de mudança das condições da existência, ao passo que essas se deram dentro da própria estrutura que determinaram essas condições (AROUCA, 1975).

A Higiene ficou restringida, portanto, a uma pretensão de síntese no encontro dos indivíduos e das ciências, ou seja, a um projeto de homogeneização das práticas em uma relação de pretensão de igualdade entre os indivíduos. Entretanto, em uma sociedade dividida em classes, com o conhecimento monopolizado no interior das profissões, a pretensão de síntese e suposição de homogeneidade entre os indivíduos não se concretizou na prática, condicionando a dissolução da Higiene como disciplina, o que levou à sua substituição pela Medicina Preventiva.

A divisão técnica e social do trabalho, a compartimentalização do conhecimento em disciplinas e ciências que possuem, cada uma em seu próprio interior, um mecanismo de alusão-ilusão que realiza um recorte do saber, fazem com 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 de estrutura que diversifica contra a pretensão de síntese. [...] O projeto da Higiene, em uma sociedade dividida em classes, com o conhecimento monopolizado no interior das profissões, fez com que, na prática, a Higiene fosse dissolvida e, no ensino, fosse substituída pela Medicina Preventiva. (AROUCA, 1975, p. 94)

A Medicina Preventiva surge, dessa forma, como uma nova proposta, a da prevenção das doenças e não apenas a cura quando já manifestas nos seres humanos. Para que se consolidasse como uma nova prática eram necessárias algumas ações que foram estabelecidas através de duas estratégias: (1) alteração do currículo da Medicina, de forma a que a nova proposta permeasse todo o ensino médico, ou seja, a atitude preventivista deveria ser incorporada ao ensino do estudante que adotaria essa nova prática em sua realidade cotidiana; (2) desenvolvimento de uma nova atitude, na qual houvesse um enfoque sobre as práticas individuais e da família sobre a saúde, delimitando as condições determinantes do estudo das doenças sobre as atribuições médicas (AROUCA, 1975). O contexto em que emergem essas concepções ocorreu, principalmente, nos Estados Unidos e no Canadá, em um momento de depressão econômica após a crise de 1929. Lá, os altos custos da atenção médica exigiam consideração sobre o campo. Com essa emergência, o discurso preventivista ganhou espaço e foram criados Departamentos e Cátedras de Medicina Preventiva em diversas escolas médicas. Esse discurso passou a fazer parte do discurso médico sobre a saúde, influenciando o ensino da medicina nos anos posteriores.

No Estados Unidos, o início dessas reformulações ocorreu a partir da década de 1920, através da Associação Americana de Saúde Pública que solicitou a formação de um Comitê para formular um programa de educação em Medicina Preventiva e Saúde Pública, por meio de questionários aplicados a seus membros e estudantes de medicina (AROUCA, 1975). O resultado indicou a necessidade de especificar o objetivo da Medicina Preventiva e a distinção

com a Saúde Pública, além da introdução de um currículo mínimo com um conjunto diversificado de disciplinas para a formação do estudante, como a epidemiologia, bio-estatística e ecologia. Sobretudo, a definição de que os Departamentos seriam denominados de “Medicina Preventiva”. Segundo Arouca (1975), o período de 1922 a 1950 representou a introdução desses Departamentos nas escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, bem como a criação de entidades que corroboraram com o movimento ideológico no interior da medicina com a introdução de um novo discurso.

Conforme Arouca (1975), o discurso iniciou pelas tentativas de conceituação da Medicina Preventiva, tomando como objeto as condições de emergência das doenças, e a necessidade de incorporação, no estudante, da atitude preventivista como prática cotidiana. O passo seguinte foi a delimitação do novo objeto e da nova disciplina, através da especificação entre Saúde Pública e Medicina Social, os quais foram incorporados ao conceito de Medicina Preventiva. Porém, o elemento de delimitação da Medicina Preventiva foi o enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, delimitando as condições determinantes das doenças a serem estudadas e o espaço de atribuições médicas. Segundo Arouca (1975), o que despertou a necessidade de conceituação dessa nova disciplina e, de certa forma, a velocidade com que os acontecimentos foram ocorrendo, foi a especificidade dos sujeitos do discurso preventivista, dentro das escolas médicas e dos Departamentos de Medicina Preventiva. Isso porque o discurso partiu de uma problemática, ou crise, na atenção médica, a ser resolvida pelo grupo médico, em contraposição à intervenção estatal.

Durante essas duas décadas, houve um antagonismo entre a redefinição do papel do Estado e a organização dos grupos médicos. Embora o Estado tentasse intervir no setor da saúde através de Projetos de Lei, os grupos médicos firmaram alianças políticas com setores sociais e econômicos para barrar todas as tentativas de intervenção do Estado, para que não perdessem autonomia. Como resultado, as alianças de classe, realizadas pelo grupo médico, mantiveram seus direitos contra a intervenção estatal (AROUCA, 1975). A Medicina Preventiva seria, então, uma reconciliação entre o espaço privado e o estatal, pela ocupação do grupo médico entre a medicina clínica e a saúde pública.

Diante desse antagonismo e da necessidade de especificar os sujeitos do discurso preventivista, começou um processo de redefinição do profissional médico, a fim de incorporar no estudante de medicina uma nova prática em seu trabalho, com objetivos e preceitos da Medicina Preventiva. Na década de 1950, um conjunto de Comitês e Seminários elaboraram

um conjunto de trabalhos e declarações com os objetivos que a educação médica deveria incorporar ao currículo dos estudantes (AROUCA, 1950). O Comitê de Educação Médica da Associação Americana de Medicina elaborou, em conjunto com a Associação Americana de Colégios Médicos, uma declaração que introduziu alguns dos principais preceitos da Medicina Preventiva, servindo como base à Conferência de Colorado Springs (1953), local de emergência do discurso preventivista. Dentre eles, a compreensão de que a concepção sobre o homem inclui a análise do seu comportamento e seu ambiente, ou seja, foi introduzida a concepção de relação entre saúde e ecologia, já que esta última é influenciada pelas relações sociais do homem com o meio ambiente. Disso, resultou a definição das responsabilidades do médico, que incluíram: compreensão de sua personalidade e influência sobre o paciente; consciência e importância da família e da comunidade no cuidado ao paciente; e a compreensão de suas limitações e das relações que deveria manter com as especialidades (AROUCA, 1953). Em seguida, foi introduzido uma nova noção, a de trabalho em equipe, devendo o estudante de medicina trabalhar com outros setores profissionais da saúde, por exemplo, enfermagem, odontologia etc.

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 as responsabilidades médicas em termos de estabelecer novas relações de trabalho, que se acham inscritos em uma evolução histórica da medicina, na procura incessante da realização de seus maiores objetivos. (AROUCA, 1975, p. 107)

A seguir, apresento quais foram os preceitos dessa nova disciplina e sua estrutura de ação.

3.2.1 Preceitos da Medicina Preventiva

Os princípios teóricos desse movimento acham-se sistematizados por Leavell e Clarck (1976), que tiveram influência na divulgação das ideias e na implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva. Para Leavell e Clarck (1976), a Medicina deve ocupar-se da promoção da saúde⁶ e da prevenção da invalidez total, através da reabilitação daqueles que tenham sido afetados pela doença. Assim, a Medicina Preventiva é tomada como uma atitude que objetiva orientar o profissional médico e o exercício de sua profissão, de maneira a evitar a doença, sua transmissão e seu agravamento. É “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência” (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 11).

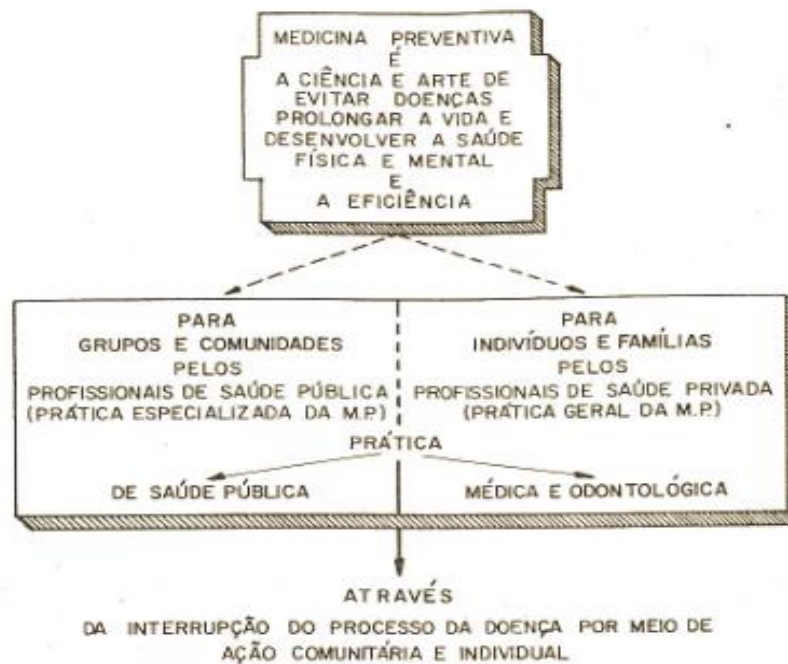
A primeira tarefa na introdução da Medicina Preventiva, como nova disciplina e campo de atuação, foi a delimitação dos conceitos, principalmente, de Saúde Pública, Medicina

⁶ Retomarei o conceito de Promoção da Saúde no capítulo 4, item 4.2.

Social e Assistência Médica, que passaram a fazer parte do escopo da Medicina Preventiva e foram sendo desenvolvidos na introdução da reforma curricular do ensino médico. Leavell e Clarck (1976) retomam o conceito de saúde da década de 1920, que a aproximava muito do conceito de Medicina Preventiva, mas que empreendia esforços organizados junto à comunidade e a organização de serviços médicos e paramédicos⁷ no diagnóstico precoce e preventivo no tratamento das doenças. Nesse sentido, é parte ou esforço que exige da comunidade ações organizadas para a melhora da saúde, atuando por meio de instituições organizadas, tais como as voluntárias - não oficiais, privadas e sustentadas ou não por fundos privados; e as estatais - através dos hospitais voluntários, associações, fundações etc. Assim, o termo público, referia-se a uma ação conjugada pela comunidade para atingir seus objetivos de saúde (LEAVELL; CLARCK, 1976). Portanto, a Saúde Pública passou a ser uma subdivisão da Medicina Preventiva, já que dentre seus objetivos estão, por um lado, o cuidado com o indivíduo e a família e, por outro, com a comunidade. A Figura 1, a seguir, ilustra essa definição.

⁷ Palavra usada, naquele contexto, para referir-se aos profissionais não médicos envolvidos com o cuidado da saúde.

Figura 1- Medicina Preventiva: definição e prática



Fonte: Leavell; Clarck (1976, p.8).

A respeito do conceito de Medicina Social⁸, Leavell e Clarck (1976) argumentam que o termo era utilizado na Europa Ocidental e enfatizava a importância do meio ambiente para a saúde. O meio ambiente englobava a sociedade e as relações interpessoais, indicando que os conceitos de Medicina Preventiva e Medicina Social possuiriam pouca diferença entre si. Não obstante, a Assistência Médica tratava dos serviços clínicos em contraposição aos serviços cirúrgicos, o que englobava um conjunto de esforços de vários segmentos profissionais de saúde (dentistas e enfermeiros, por exemplo) e serviços de saúde (hospitais e fornecimento de medicamentos). O conceito expressava um “serviço unificado para o indivíduo na saúde e na doença, em lugar de abordagens independentes, uma centrada na prevenção da doença e outra no tratamento do doente”; e uma distinção dos serviços individuais e da prevenção em massas, por meio de medidas como saneamento do meio ambiente, com a finalidade de informar as condições de saúde adequadas à população (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 9). Os serviços unificados ou integrais foram integrados à Medicina Preventiva, tendo início nos centros de saúde governamentais na época.

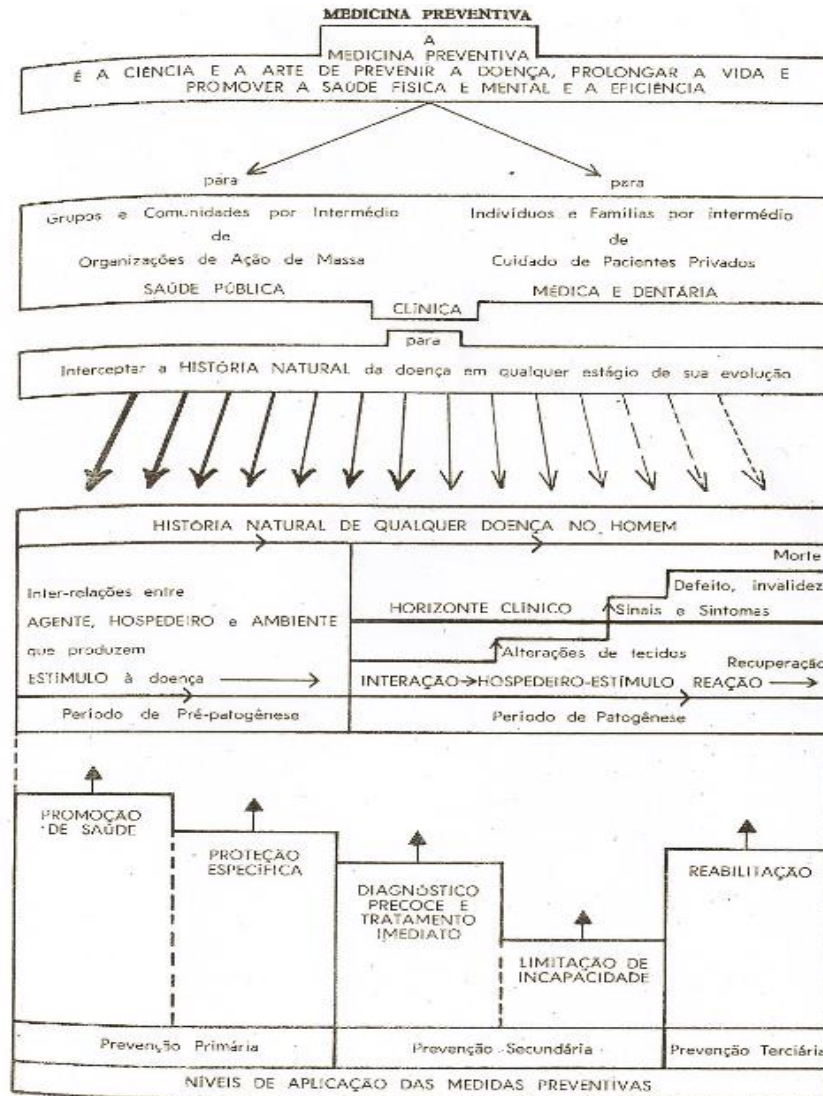
⁸ Conforme visto no item 3.2.

Kloetzel (1973) argumenta que, na busca de definições de conceitos, residia a diferenciação entre a natureza da Medicina Preventiva e da Medicina Curativa, essa última focada no imediatismo do cuidado ao doente, quando esse já se encontra enfermo e é buscado apenas o alívio imediato para futura reabilitação, sem a preocupação de ir além dos cuidados aparentes da doença. A Medicina Preventiva reclamava, por sua vez, uma integração com outras especialidades na tentativa de descrever essa nova atitude em relação a dimensões sociais e não apenas individuais. Diante dessa concepção, as medidas de prevenção das enfermidades se situaram em três níveis (KLOETZEL, 1973): 1º) prevenção primária, por meio de propagandas de saúde e proteção específica; 2º) prevenção secundária, por meio de diagnóstico precoce e tratamento imediato, e limitação da invalidez do indivíduo; e 3º) prevenção terciária, através da reabilitação do indivíduo.

Assim como em Kloetzel (1973), encontramos em Leavell e Clarck (1976) os três níveis descritos para aplicação de medidas preventivas na história natural da doença⁹. A Figura 2 representa a aplicação da Medicina Preventiva e a forma como deveria ser realizada.

⁹ Leavell e Clarck (1976) compreendem que as condições de saúde e doença no homem tem origem em um conjunto de processos externos ao próprio homem e que quando combinados, por meio de fatores hereditários, sociais e econômicos, ou do meio ambiente, podem estimular processos patogênicos antes que o homem e o estímulo interajam e comece a produzir a doença. Esta interação preliminar entre o ambiente e o homem é considerada de *pré-patogênese*. Quando há evolução dos estímulos e distúrbio no homem que provocam a doença, desde sua manifestação até sua reabilitação ou morte, se dá o período de *patogênese*. A combinação destes dois períodos é denominada, nos termos da Medicina Preventiva, de *história natural da doença*.

Figura 2 – conceito e aplicação da Medicina Preventiva



Fonte: Leavell e Clark (1976, p. 25)

Além disso, foram introduzidos novos conteúdos que comporiam os currículos escolares como o estudo de epidemiologia, estatística, controle do ambiente, conduta médico-paciente e princípios de administração e organização (KLOETZEL, 1973; LEAVELL; CLARCK, 1976). Esses conteúdos comporiam o que Kloetzel (1973, p. 21) denominou de quatro estágios como estratégias preventivas:

- Primeiro estágio: colheita de cifras que expressam uma situação (morbidade, mortalidade) – *Epidemiologia*;
- Segundo estágio: estudo das correlações, a procura de causas para os efeitos observados – *Epidemiologia*, análise dos dados - *Estatística*;
- Terceiro estágio: início de ação: prevenção primária, legislação – *Educação Sanitária*, *Medicina Social e Preventiva*, *Legislação de Saúde*;

Diante desse conjunto de alterações introduzido nas bases curriculares do ensino médico, denota-se um esforço para determinar a Medicina Preventiva como a nova prática médica e, de forma taxativa e impositiva, como uma norma que tenta estabelecer um caminho único para a saúde naquele momento.

A partir dos preceitos da Medicina Preventiva, Arouca (1975) chegou a centralidade de sua Tese, ao analisar dois conceitos chave da estrutura de formulação e de ação da Medicina Preventiva, que o levaram à categoria dilema preventivista: os conceitos estratégicos da Medicina Preventiva e as regras de sua formação discursiva. No próximo item, retomo a análise desses conceitos, para seguir os passos da análise de Arouca (1975) até chegar ao dilema preventivista.

3.3 Retorno à Arouca

A partir da apresentação dos preceitos e a estratégia de ação da Medicina preventiva, é necessário retomar a abordagem de Arouca (1975). O primeiro passo para compreender como Arouca (1975) chegou ao dilema preventivista, é retomando os conceitos estratégicos da Medicina Preventiva para, em seguida, analisar as regras da formação discursiva.

Arouca (1975) partiu do seguinte questionamento: qual a organização do movimento preventivista que estabelece, na troca de experiências com outras disciplinas, um novo conjunto de relações sociais, que permeiam as organizações nacionais na busca da internacionalidade? Para responder a esse questionamento, ele buscou analisar essa organização através do estudo de seus conceitos estratégicos, ou seja, das noções que remetiam diretamente a uma prática e que especificavam diferentes níveis de instituições sociais, fazendo com que a Medicina Preventiva existisse como uma prática social. Foram quatro os conceitos estratégicos: 1) a integração; 2) a inculcação e a resistência; 3) a mudança; e 4) o esquema evolutivo.

1) A integração

O conceito de integração previa a relação da Medicina Preventiva com a totalidade da escola médica, propondo um trabalho conjunto com outras áreas, para que colocasse em prática os objetivos preventivistas (AROUCA, 1975). Apresentava, assim, um duplo valor estratégico: em primeiro lugar, para a formação da atitude preventivista nos estudantes, foi reforçada a vinculação de um mecanismo de repetição, por parte dos docentes, da ideologia preventivista

como sendo a própria ideologia da escola médica; em segundo lugar, o trabalho conjunto permitiu o desenvolvimento da atitude preventivista nos próprios docentes, por meio de um efeito-demonstração do valor dessas atitudes no interior da própria prática médica (AROUCA, 1975). Essas ideias, conforme Arouca (1975, p. 171), tiveram forte expressão em diversos Departamentos e encontros de docentes, no plano nacional e internacional, como no Encontro de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, em 1973, que apresentaram um consenso em torno dos seguintes pontos:

- 1º) O ensino da Medicina Preventiva deve estar integrado com o ensino de outras disciplinas.
- 2º) Deve-se evitar que os Departamentos de Medicina Preventiva hiper-desenvolvam atividades médico-assistenciais e didáticas de modo a se hipertrofiarem, transformando-se quase em ‘faculdades a parte’ (uma Escola Médica ‘adequada’ em oposição à Escola Médica ‘inadequada’).
- 3º) Deve-se contar, progressivamente, com docentes de outras disciplinas do curso médico que tenham em sua prática profissional e didática o mesmo enfoque preventivo e social.

No plano internacional, a Organização Panamericana de Saúde, em 1969, lançou o primeiro informe intitulado “Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social”, dando ênfase às responsabilidades dos Departamentos na busca pela integração dos cursos de Medicina Preventiva com outros cursos da formação médica (AROUCA, 1975, p. 171). Todavia, a integração não significava, dentro do contexto preventivista, uma ideia de multidisciplinariedade ou transdisciplinariedade, porém, era um plano estratégico, “em que integrar-se é colocar o mesmo discurso em uma multiplicidade de pontos e, em última análise, é obter o consenso que é o fundamento da mudança almejada. (AROUCA, 1975, p. 172)

Assim, a educação médica ficou dividida entre aliados, suscetíveis e resistentes, na procura de novas técnicas e métodos que corroborassem para a integração entre os cursos de formação médica:

A integração coloca no discurso, ao nível das relações entre docentes, um campo estratégico de batalha política, em que as relações sociais são colocadas em suspenso, bem como as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social. Movimento político de idênticos que não são movidos por interesses, conflitos e contradições, mas, sim, por uma “presença-ausência” de atitudes. (AROUCA, 1975, p. 172)

A essa dinâmica, Arouca (1975) chamou atenção para o que seria uma operação de analogia-diferença, afirmando inicialmente a diferença, enquanto um espaço de institucionalização dos Departamentos, em um espaço social e discursivo definido, para, em seguida, afirmar a analogia diante de uma Medicina que é única e a não existência da Medicina

Preventiva. Além disso, a integração colocou no discurso, ao nível das relações entre docentes, um campo estratégico de batalha política, em que as relações sociais foram colocadas em suspenso, assim como as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social. Isso significa que ao focar no campo da batalha política entre os próprios docentes, a integração tentou neutralizar as relações sociais, ou seja, as próprias relações de classe na sociedade. De fato, essa suspensão das relações sociais não existe na realidade, pois as relações de classe não desaparecem da sociedade, porém existiu como prática do discurso estratégico do conceito de integração. Operando dentro dessa lógica, a Medicina Preventiva propôs, através da “nova atitude” como movimento político, seu próprio desaparecimento, quando confundida com a Medicina e sua prática:

Portanto, o conceito de integração define e avalia uma estratégia política de transformação da Medicina pelo ensino médico, luta prática que se faria não pelo controle do poder, mas, sim, pela formação de uma consciência difusa que levaria ao consenso, em um processo de transformação natural diante de um discurso, de um contato cotidiano, enfim, diante de um testemunho dos caminhos inexoráveis da Medicina, do qual os preventivistas são os profetas. (AROUCA, 1975, p. 173)

Foram duas as proposições básicas contidas no conceito de integração (AROUCA, 1975):

1º) Sistemas de ideias-representações e atitudes comportamentais dos sujeitos da educação médica que poderiam ser mudadas através de um trabalho conjunto com os preventivistas.

Nessa proposição, havia uma tentativa de mudança das consciências dos sujeitos da educação médica através de uma prática que proporcionasse uma relação coletiva nos campos da Medicina, sem alterar a noção de sujeito singular como parte do projeto preventivista. Todavia, conforme ressalta Arouca (1975), o desenvolvimento do conhecimento médico e a crescente divisão técnica e social do trabalho, fizeram com que a Medicina fosse cada vez mais dividida em especialidades e sub-especialidades, configurando, no ensino médico, a mesma divisão e, por conseguinte, da prática médica, fazendo com que as relações fossem cada vez mais de individualização dos sujeitos no processo de ensino, dificultando, assim, qualquer mudança em outra direção. Como a Medicina Preventiva não tinha a pretensão de mudar essas determinações estruturais, a mudança ficou limitada, derivando disso a convergência para outros domínios além da Medicina, como os da Psicologia, Relações Humanas, Pedagogia etc.

2º) A integração privilegiou a noção de sujeito, deixando de lado o mundo das relações sociais.

A segunda proposição decorre da anterior, visto que o discurso preventivista ao privilegiar a noção de sujeito singular, deixou de lado o conjunto das relações técnicas e sociais que posicionaram esse sujeito, assim como da própria ordem institucional que reproduz o modo de produzir médicos. Nesse sentido, o discurso preventivista, ao privilegiar o sujeito singular, corroborou para uma prática médica essencialmente individual, com as responsabilidades definidas estreitamente no interior de cada especialidade, mesmo quando fosse realizada em equipe. Portanto, a proposta da integração como um trabalho coletivo somente poderia ser concretizada se houvesse uma redefinição da forma de trabalho médico, o que não ocorreu por parte da Medicina Preventiva (AROUCA, 1975).

2) A inculcação e a resistência

Segundo Arouca (1975, p. 175) o conceito de inculcação “representa o processo pelo qual as atitudes preventivistas são formadas nos futuros sujeitos do cuidado médico”. Através desse conceito, a Medicina Preventiva estabeleceu uma relação com os estudantes de Medicina, objetivando uma prática futura fora do espaço acadêmico. O conceito que está associado à inculcação é o de contato, que amplia para o espaço social o campo de atuação da Medicina Clínica:

O contato é visto como a penetração em um espaço da realidade, que é vedado à observação no cotidiano, realidade que está oculta, mas que, simultaneamente, é transparente a quem a observa, a quem rompe os muros que a protegiam. Com base neste conceito, está a noção de que o hospital é um campo restrito de observação, de baixa aderência à realidade, mas, além disto, a noção sensualista de que o contato abre a possibilidade de percepção e da afetividade. (AROUCA, 1975, p. 177)

O contato é, portanto, o encontro dos sujeitos com a realidade que lhes é externa, provocando uma ação por parte desses sujeitos com essa realidade, de forma a que o externo seja internalizado. O papel da atitude preventivista era de ampliar esse contato, permitindo uma nova abordagem e, por conseguinte, uma nova forma de incorporação de seus preceitos diante de uma nova realidade até então não explorada. A operacionalização desses conceitos ocorreu através de visitas em diferentes espaços, por exemplo, em instituições de saúde pública e órgãos de saneamento. Porém, foi no espaço de visitas domiciliares que a Medicina Preventiva caracterizou a ação dos Departamentos de Medicina Preventiva, principalmente, nas comunidades, fazendo com que essas se transformassem em laboratórios de ensino médico.

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. Desta forma, a realidade conteria em si a representação do mundo, que justificaria as atitudes e também a sua própria mudança. (AROUCA, 1975, p. 178)

Arouca (1975) constatou um duplo discurso nessa abordagem da Medicina Preventiva: a primeira relativa a relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, configurando uma relação imediata, em que o conhecimento se achava inscrito no objeto, ou seja, somente haveria conhecimento no contato com a realidade, e o desconhecimento seria a ausência desse contato; a segunda referente ao aprendizado que, a partir do contato, traria um novo conhecer. Esse duplo discurso é acompanhado de uma regra discursiva própria:

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 uma ação. (AROUCA, 1975, p. 179)

A Medicina fez, ao mesmo tempo, uma leitura estatística da realidade, a fim de formalizar a experiência clínica em termos racionais e a instrumentalizar os casos individuais para casos coletivos (AROUCA, 1975). Para isso, foi necessário ultrapassar uma nova barreira, que Arouca (1975) compreendeu como um novo conceito a ser trabalhado pela Medicina Preventiva: a resistência. Esta representava a barreira ao entendimento e percepção do sujeito na relação dessa nova experiência entre o conhecimento e a realidade. Ou seja, para superar a resistência, a Medicina Preventiva exigiu como estratégia um novo discurso sobre as técnicas da mudança, tornando necessário estabelecer a aprendizagem como objeto do discurso, privilegiando a técnica que possibilitaria essa aprendizagem. Surgiu, então, o discurso pedagógico. Formando uma imagem triangular entre o contato, a resistência e a inculcação, a Medicina Preventiva partiu para uma estratégia pedagógica que deveria ser realizada no menor espaço de tempo possível, introduzindo seus conceitos e ações através de seminários, discussões em grupos, entre outros. A tentativa foi uma oposição entre o contato e a resistência, ao mesmo tempo em que a inculcação implicava no sentido do contato que criaria as atitudes e os instrumentos da inculcação através de técnicas educacionais, da integração multidisciplinar e de um novo planejamento curricular.

A Medicina Preventiva estabelece a relação com dois campos discursivos: por um lado, o da prática médica, que exige os conceitos de saúde, doença, medicina compreensiva, de comunidade, integral, etc. E, pelo outro, o da educação médica, com as noções de currículo, integração, aprendizagem, etc. Em síntese, o plano discursivo da Medicina Preventiva é um campo múltiplo de emergência de objetos, de reorganização de conhecimento e de tensão teórica. (AROUCA, 1975, p. 180)

3) A mudança

Para Arouca (1975, p. 188), o conceito de mudança não é discutido como um resultado de uma prática política que transforma determinadas relações sociais, mas como um conceito que estabelece uma estrutura básica da Medicina Preventiva “tal como foi pensada nos Estados Unidos e uma nova realidade sócio-econômica que choca o discurso”. Para isso, a organicidade do discurso preventivista, diante de sua articulação com novas formas de relações internacionais com os diversos países, deveria amortecer o efeito demonstrativo das estruturas sociais ao nível dos agentes, já que eram definidos como os “agentes da mudança”.

Frente às determinações sociais, e, em particular, frente à miséria dos povos latino-americanos e seu baixo nível de vida, a ideia de uma possibilidade de mudança, que esteja ligada ao sujeito isolado em sua prática cotidiana, 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 manter no horizonte a possibilidade de que suas ações levem a uma mudança social, melhorando as condições de vida da coletividade. (AROUCA, 1975, p. 189)

Porém, o que se percebe é que não houve uma tentativa por parte do discurso preventivista em alterar a realidade social concreta, ou seja, não se tentou mudar o tipo de relação da Medicina com a sociedade, ao contrário, o intuito foi ampliar a cobertura de atendimento do médico com o paciente, defendendo que, dessa maneira, haveria uma nova atitude médica, ao ampliar a atenção da saúde à coletividade. A Medicina Preventiva ficou presa a um conceito abstrato, existindo apenas na materialidade de seu discurso (AROUCA, 1975). Diante disso, Arouca (1975) elaborou três teses, ao questionar as proposições fundamentais envolvidas no conceito de mudança.

A primeira tese é de que os sujeitos fazem a história. Compreendendo que o conceito de mudança pressupõe um conceito de história, a Medicina Preventiva ao propor a formação de agentes de mudança, na América Latina, assumiu que as mudanças poderiam ser realizadas por sujeitos independentes, que, diante de uma opção de liberdade entre assumir ou não novas proposições, fariam a história. A crítica de Arouca (1975) diante dessa perspectiva é a de que, a partir do momento em que a Medicina Preventiva assume os sujeitos como agentes de mudança, livres para fazer a história, nega que as formações históricas estão submetidas às determinações de relações sociais de produção e reprodução. Isso significa que, ao negar essas determinações como submetidas a processos de produção, há uma neutralização do conhecimento das determinações, ao mesmo tempo que, na ausência desses conhecimentos, impossibilita a própria mudança:

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. (AROUCA, 1975, p. 190)

Ao prescrever uma forma de agir dos indivíduos diante do mundo concreto, a ideia de mudança afirmou sua segunda proposição, chegando a segunda tese de Arouca (1975): a autonomia do setor. Há uma absorção da multicausalidade no espectro de atuação do sujeito agente da história, porque passa a polarizar situações, definir problemas, coordenar soluções a nível institucional, vagar por cima das classes sociais e, finalmente, às mudanças. Os agentes, não são, portanto, apenas agentes de mudança da Medicina, mas do espaço social. Os agentes assumem o papel da mudança, ou seja, não é a Medicina que estaria mudando, mas seus agentes, a partir de uma nova postura, que interfere no social. Aqui fica mais claro a defesa do sujeito como agente de mudança, com liberdade e escolha, como se não dependesse das outras determinações. “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” (AROUCA, 1975, p. 191).

Por fim, a terceira tese: neutralização das relações. Como regra do discurso, sendo a Medicina neutra, e os sujeitos livres para assumir uma nova atitude e incorporar as mudanças preventivistas, a sociedade passa a ser vista como um grupo homogêneo em que as contradições são neutralizadas:

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 de sua totalidade, mas, sim, pelo trabalho dos homens na conscientização de valores universais e naturais e que estes homens encontram-se como iguais, somente em condições sociais diferentes. (AROUCA, 1975, p. 191)

4) O esquema evolutivo

Como visto, a Higiene, em sua dimensão pública e privada, propunha a solução dos problemas da área da saúde a partir de uma cultura higiênica, estabelecendo uma série de condutas tomadas como um conjunto de normas a serem seguidas para que se chegasse à morte natural. A Medicina Preventiva substituiu a Higiene e fez uma leitura liberal dos problemas surgidos após a Depressão Econômica de 1929, redefinindo o papel do médico diante de um novo espaço social. Convertendo-se em uma atividade normativa, a Medicina Preventiva colocou-se como uma norma para a educação e a prática médica, de modo a que passou a exigir uma nova atitude do sujeito dessa prática, o médico, a partir de um conjunto de estratégias que deveriam ser absorvidas em sua extensão. “Dentro deste contexto, a Higiene representa a

normatividade sobre o cidadão e a Medicina Preventiva sobre o profissional” (AROUCA, 1975, p. 192).

Como ressaltou Arouca (1975), se a Medicina Preventiva pretendia a realização de uma inculcação, através do contato, mantendo em suspenso a ideia de prática política, a observação da dinâmica da doença no interior de uma família justificava a ampliação das responsabilidades sociais, porém não demonstrava sua própria norma em operação, ou seja, não exibia o normal. Ao não fazer isso, surgiram os projetos de Medicina Comunitária, com o objetivo de buscar a objetivação da norma, em que o real é ordenado conforme um conjunto de valores em que a prática em um determinado espaço se torna normal. Foi a operacionalização e a demonstração do discurso preventivista na tentativa de rompimento de sua própria institucionalização para o espaço aberto do real. A partir da década de 1970, na América Latina, surgem inúmeros projetos de Medicina Comunitária em vários países, como Equador, Nicarágua, Jamaica, entre outros, com o objetivo de promover a educação dos estudantes de Medicina a partir de uma normatividade que tratava de operacionalizar e racionalizar as estruturas discursivas desse modelo.

Da mesma maneira, se inicialmente a Medicina Preventiva mantinha como constante as estruturas de organização, tentando modificar somente as relações, agora, na Medicina de Comunidade, trata-se, ao nível do modelo, instituir mudanças organizacionais e estruturais, através de coordenação, integração e distribuição dos serviços. (AROUCA, 1975, p. 194)

A Medicina da Comunidade não ficou presa à conotação de sociedade civil, foi além, devendo alcançar o âmbito do Estado como operacionalizador dessas condutas. Era a emergência de novas regras discursivas, com uma nova positividade, determinada pelas contradições internas à Medicina Preventiva.

A partir da retomada dos conceitos estratégicos da Medicina Preventiva, Arouca (1975) partiu para a análise das regras da formação discursiva¹⁰ do discurso preventivista, afim

¹⁰ Arouca (1975) fez, no Capítulo II de sua Tese, uma apresentação do percurso intelectual de Michel Foucault através de uma apresentação sucinta das obras desse autor, para que o leitor pudesse compreender as proposições conceituais contidas na “Arqueologia do Saber”, obra utilizada por Arouca para a análise do discurso preventivista. A metodologia do trabalho de Foucault, na “Arqueologia do Saber”, é uma descrição sistematizada dos acontecimentos discursivos como formação discursiva procurando encontrar as unidades existentes em um discurso. As regras da formação discursiva seriam, portanto, as condições de existência dos elementos de uma formação discursiva, no interior de um discurso, estando dividida em quatro partes, como forma metodológica de apreensão dessa análise: formação dos objetos; formação das modalidades discursivas; formação dos conceitos; e formação das estratégias. O objetivo desse trabalho não é fazer o mesmo percurso metodológico de Arouca (1975), ou seja, não tenho a pretensão de fazer uma revisão histórica e conceitual de Foucault, mas apreender o resultado a que Arouca (1975) chegou a partir desses conceitos, para, então, fundamentar sua análise sobre o dilema preventivista.

de compreender as condições concretas da existência dos elementos que compunham o discurso em sua singularidade. Seguindo a metodologia de análise de Foucault (2008), a análise ficou dividida da seguinte forma: a formação dos objetos; a formação das modalidades discursivas; a formação dos conceitos; e a formação das estratégias.

1) A formação dos objetos

O discurso preventivista tinha como característica de sua emergência a adjetivação da Medicina, constituindo uma nova modalidade, um outro, que seria, ao mesmo tempo, igual e diferente, ou seja, agregou à Medicina o adjetivo Preventiva, separando-se do espaço limitado das condutas preventivas para se constituir em uma nova estrutura referida à Medicina, representando a transformação dessa. O resultado foi a ocupação do mesmo espaço da Medicina, porém, sendo, simultaneamente sua alternativa. Foi um discurso que falava da Medicina adjetivada, sendo ela mesma seu próprio futuro (AROUCA, 1975).

Assim, o discurso adota uma grade de especificação, que lhe permite uma separação dos objetos próximos como a Medicina Social e a Saúde Pública, mas cujo resultado nada mais é do que a afirmação de sua identidade com a própria Medicina. (AROUCA, 1975, p. 197)

A Medicina Preventiva aparecia, assim, como projeto e como processo de transformação da Medicina, assumindo uma relação de identidade e mudança com ela. Para isso, tomou como seu objeto a saúde e a doença, a prática e a educação médica.

A instauração do discurso preventivista junto à sociedade ocorreu através de uma institucionalização de espaços discursivos, por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva, das Associações Nacionais de Escolas Médicas e de diferentes instituições internacionais, por exemplo, a Organização Panamericana de Saúde, a Federação de Escolas de Medicina e as Fundações como a Kellog, Ford, Rockefeller etc.

Portanto, as instâncias de delimitação do discurso preventivista espraiam-se em uma rede que vai desde o nível local propriamente executivo até um nível internacional que representa a instância normativa, legitimadora e muitas vezes financiadora e instauradora do nível local (AROUCA, 1975, p. 197).

Um exemplo dessa articulação internacional foi o financiamento das Fundações Rockefeller e Kellog para a formação de pessoal docente para os Departamentos de Medicina Preventiva em programas de Medicina de Comunidade nas Américas (AROUCA, 1975).

A instância normativa de nível internacional se fez na composição de sua formação discursiva, prescrevendo a transformação do discurso em parecer, ao falar sobre “como fazer”, sobre uma prática existente antes no discurso do que no plano concreto. Discurso que se afirmou

causal em relação à prática, seguindo a linha ideológica da Depressão Econômica de 1929, nos Estados Unidos, reforçada no Pós-Guerra, exigindo a intervenção econômica do Estado, tanto no centro da economia capitalista quanto nos periféricos.

O parecer, ao ser prescritivo, aponta para a instauração de tal tipo de prática, que seria, então, legitimada ao nível internacional pelo reconhecimento da adesão, assim, a mudança da prática médica em seu momento preventivista é essencialmente do tipo de planejamento indicativo internacional ou nacional. (AROUCA, 1975, p. 198-199)

2) A formação das modalidades discursivas

Arouca (1975) dividiu em quatro partes as formas predominantes dos enunciados do discurso preventivista:

1) reorganização dos conhecimentos em modelos, por exemplo, a História Natural das Doenças, a partir da dedução de uma série de conclusões que aparecem como condutas a serem seguidas pelos profissionais médicos;

2) combinação de uma abordagem epidemiológica com o instrumental estatístico, possibilitando a construção de enunciados baseados em deduções, estimativas, associações causais e inferências. Além de uma abordagem crítica, comportando um raciocínio hipotético-dedutivo acompanhado de um sistema classificatório próprio;

3) descrições qualitativas de experiência profissionais ou institucionais do setor em relação aos programas de ensino, as experiências de campo, viagens de estudo, integração e mudança, trabalhos multidisciplinares etc;

4) no mesmo discurso, a combinação de objetos vindos de diferentes áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais, a Administração, a Ecologia, a Psicologia Social, a Pedagogia etc, todas contidas em um modelo de dominação da abordagem biológica.

O segundo nível, conforme Arouca (1975), da formação das modalidades discursivas, comportou uma análise do sujeito que enuncia, tendo no sujeito do discurso preventivista diferentes níveis de organização do movimento. No nível local, os Departamentos de Medicina Preventiva foram constituídos por profissionais de diferentes áreas da Medicina ou da Saúde Pública comprometidos com uma nova visão da Medicina. Os sujeitos do discurso, ao nível Departamental, assumiram, dessa forma, uma posição na prática discursiva, tomando para si a imagem de profetas do “vir a ser” de uma nova abordagem da Medicina, com uma alternativa crítica à Medicina (AROUCA, 1975, p. 200). No nível internacional, operou um mecanismo produtor de normas, adesões e limitações, criando suas próprias categorias de sujeito

(AROUCA, 1975). O funcionário internacional teria como função a participação na produção e organização de um discurso orgânico do movimento preventivista, assim como a organização de instância de legitimação e de divulgação de experiências; o expert emitiria o discurso orgânico, operando como uma metamorfose do professor ou investigador, resguardado por uma experiência prática que o legitima; e o consultor através da assessoria às organizações no desdobramento dos seus discursos ou na aderência às práticas desses discursos.

No conjunto, a prática destes intelectuais é dar coerência e unidade ao projeto, na combinação de um discurso ideológico com o discurso científico, ou seja, através de um “saber” que, sendo indicativo, orienta a criação de um conjunto de experiências no espaço social. (AROUCA, 1975, p. 201)

3) A formação dos conceitos

O discurso preventivista privilegiou, na formação dos conceitos, as formas de coexistência (AROUCA, 1975). O conjunto de enunciados já formulados nos vários ramos do saber médico serviram como material para a fundamentação das proposições da Medicina Preventiva e como crítica da própria Medicina. Assim, houve uma combinação do mesmo espaço, o da História Natural, unificando um conjunto de objetos e conhecimentos do campo, convergindo, simultaneamente, para a mesma estrutura de enunciados de outros discursos como os da Sociologia e da Psicologia. Todavia, os enunciados das outras estruturas foram incorporados sob uma dominância dos conceitos biológicos e fundamentalmente médicos. Assim, no discurso preventivista, os enunciados surgiram na forma de dependência dentro dessa estrutura, em que os saberes clínicos e epidemiológicos acabaram regendo suas formas de introdução na estrutura.

Além disso, para Arouca (1975), a estratégia do domínio da memória do discurso preventivista se deu com a filiação da Medicina Preventiva junto à Higiene, dando a impressão de que seu surgimento fez parte de uma linearidade histórica, no interior da Medicina, ou seja, seu surgimento não passaria de um processo de evolução da Medicina, de forma natural e contínua, uma continuidade essencialmente teleológica. Continuidade que significava sua validação e legitimação dentro do discurso preventivista. Somado a isso, em relação aos procedimentos de intervenção, o ponto fundamental foi a associação da Medicina Preventiva com a Estatística, funcionando como um processo de validação do conhecimento médico, na tentativa de transformação dos enunciados qualitativos em quantitativos, assumindo uma posição central no discurso preventivista.

4) A formação das estratégias

O ponto central da formação das estratégias, que constituíram os temas preventivistas, foi sua relação com a economia das relações discursivas, relacionadas com um campo de práticas não discursivas. É nesse momento que Arouca (1975) fez a análise do âmbito do discurso preventivista, pensando na Medicina como uma Prática Social, em sua articulação com o modo de produção capitalista. Ou seja, após haver estudado as condições de emergência e as regras de formação discursiva da Medicina Preventiva é que Arouca (1975) chegou a análise de sua especificidade com o cuidado médico. Como visto, na análise das condições de emergência e das regras de formação discursiva, a Medicina Preventiva não se separou da Medicina, mantendo sua identificação, ainda que tivesse como projeto um processo de transformação das práticas médicas. Ao não romper com os preceitos da Medicina, a Medicina Preventiva não passou de uma adjetivação dessa, mantendo as mesmas relações da Medicina com o modo de produção capitalista:

[...] a Medicina Preventiva não colocou no seu interior nem uma Prática Teórica, que possibilitaria a produção de conhecimento sobre as reais determinações da crise no setor saúde, nem a possibilidade de uma Prática Política que levasse às mudanças necessárias. Assim, propondo-se como um movimento de mudança, na realidade a Medicina Preventiva constitui-se em um espaço conservador das estruturas da prática médica existente. (AROUCA, 1975, p. 234)

Dessa apreensão é que ocorre o ponto central da análise de Arouca (1975), ou seja, a Medicina Preventiva, por mais que trouxesse em seu discurso uma tentativa de transformação da prática médica, não conseguiu fugir à própria contradição da Medicina que é ter como objeto valores vitais que, para os seres humanos, são valores de uso no processo da vida, transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista. Essa apreensão levou Arouca (1975) à categoria dilema preventivista, ou seja, a Medicina Preventiva estabeleceu para si um dilema entre dois polos: por um lado a transformação da prática médica, com o médico como ator de destaque devendo ser responsável pela mudança do cuidado à saúde, tendo por objetivo salvar vidas e aumentar a atenção à saúde da população, passando de práticas curativas para preventivas; e, por outro, mantendo os mesmos preceitos da Medicina em relação ao modo de produção capitalista, transformando os valores de uso em valor de troca, enquanto recuperação da saúde como força produtiva no mercado, e a conseqüente extração de mais-valia.

Disso resulta, conforme Arouca (1975), que o modo de produção capitalista cria necessidades que não pode resolver, e que essas necessidades existem como parte do complexo de objetos do conjunto das Ciências. Na sua dimensão de ensino, criam disciplinas-tampão, que

nada mais são do que disciplinas que elaboram ideologicamente propostas de solução para as necessidades que ficam contidas no interior dessas disciplinas ou ciências. A Medicina, voltando-se em termos de cuidado para valores vitais, que são modificados e alterados em termos de patologias, ao não solucionar o conjunto de problemas que emergem em termos de necessidades de atendimento, configuram uma situação de crise da própria Medicina, que gera, no seu interior, uma ou várias disciplinas-tampões, para a solução dessa crise, como foi o caso da Medicina Preventiva. As disciplinas-tampões são constituídas por um conjunto de características (AROUCA, 1975):

- 1) definem seu espaço problemático no encontro das necessidades criadas pelo próprio funcionamento de uma dada formação social e não satisfeitas por essa formação;
- 2) estabelecem relações de dependência com uma dada ciência, disciplina ou setor do conhecimento que possua um aparelho de formação profissional própria como a Medicina;
- 3) definem um campo de crítica à realização do conhecimento da prática de seus profissionais, constituindo em uma crítica interna à realização do conhecimento como prática;
- 4) centralizam a estratégia no ensino que, ao ser modificado, leva a uma prática transformadora;
- 5) constituem de sua organização com um conjunto entre prática discursiva, ideológica, e empírica experimental;
- 6) possuem com seus próprios intelectuais orgânicos, uma organização institucional e legitimada, e, algumas vezes, com esquemas profissionais.

De uma forma geral, estas disciplinas representariam uma institucionalização de relações especificadas entre Ciência e Saber, e contribuiriam para a estabilização ideológica dos propósitos mais gerais e idealistas das ciências e sua realização como prática concreta em uma dada formação social. Assim, como a Medicina Preventiva seria uma das diferentes disciplinas-tampões da Medicina, a Extensão Agrícola o seria da Agronomia, o Serviço Social das Ciências Sociais etc. (AROUCA, 1975, p. 235)

Assim, dada a articulação da Medicina com o modo de produção capitalista, a Medicina Preventiva surgiu como uma disciplina-tampão, contribuindo para a manutenção e a prática dessa articulação, não conseguindo escapar de um projeto preso a seu próprio discurso, em forma de abstração, sem que existisse como prática concreta de mudança ou alternativa a um outro tipo de Medicina. Não houve, por parte do movimento preventivista, portanto, modificações nas relações sociais concretas, ficando limitada à não solução da contradição fundamental existente, ou seja, ao uso atribuído à vida humana como valor de troca.

Até aqui retomei a análise feita por Arouca (1975) sobre os elementos ideológicos e as forças sociais que deram origem à Medicina Preventiva, tendo como objetivo resgatar a categoria dilema preventivista cunhada pelo autor para uma análise que se orienta para uma pergunta própria: **como aconteceu a atualização do discurso da Medicina Preventiva para o da Promoção da Saúde?** Ou seja, me refiro às mudanças sociais e às práticas de saúde que possibilitaram a Medicina Preventiva, como uma Medicina de orientação liberal e individualista, se transformar na Promoção da Saúde, hoje amplamente divulgada e defendida no âmbito nacional e internacional.

Conforme Nogueira (2003), nos anos recentes, a Medicina Preventiva alcançou notável popularidade através de sua variante que é a Promoção da Saúde, quando ela deixou de dar enfoque à formação curricular do estudante de Medicina. Assim, a Promoção da Saúde, ao contrário da Medicina Preventiva, passou a concentrar esforços na utilização de uma infraestrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos, que se estabelece como suprema autoridade sobre o que é bom e ruim para a saúde de cada pessoa e para a existência humana, tendo como epicentro a noção de risco em saúde em torno do qual giram as normas e condutas que prescreve. A Promoção da Saúde se propõe diferente da Medicina Preventiva por buscar promover novas atitudes sobre a saúde de maneira generalizada na sociedade, sem ter como enfoque apenas a mudança do médico, mas de todas as pessoas, ou seja, todos passam a ser responsáveis por sua saúde. Todavia, a Promoção da Saúde ao responsabilizar o indivíduo sobre as condutas em torno das normas de saúde cai na mesma contradição da Medicina como apontada por Arouca (1975), fazendo com que não passe de uma outra denominação, como ocorreu com a Medicina Preventiva, sem que escape, ao mesmo tempo, ao dilema promocionista.

Diante disso, no capítulo 4, apresento como o movimento da Promoção da Saúde surgiu em resposta às exigências de um contexto histórico específico, marcado pela crítica aos custos da atenção médica, devido à crise econômica da década de 1970, e às exigências do ideário neoliberal que se apresentou como alternativa. Para isso, apresento algumas características do neoliberalismo de forma a elucidar como a Promoção da Saúde converge com essa lógica, ao mesmo tempo que possibilita responder à pergunta central desse trabalho.

4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde, como formação discursiva, emergiu em um contexto muito semelhante ao apontado na análise de Arouca (1975) em relação à Medicina Preventiva, visto que o surgimento da Promoção da Saúde ocorreu em um momento de crise econômica mundial na década de 1970, tendo como resultado, a crise do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais e a ascensão do neoliberalismo. A discussão dos custos da atenção médica exigiu uma nova configuração para o setor da saúde, com o surgimento da Atenção Primária à Saúde (APS) que abriu espaço para a introdução da Promoção da Saúde como nova estratégia. Por isso, nesse capítulo, busco compreender como a Promoção da Saúde situa-se em relação a esse cenário histórico, ou seja, como se deu a adaptação da Promoção da Saúde em relação à Medicina Preventiva e aos elevados custos da atenção médica a partir da APS que instaurou uma nova atitude não apenas focada na abordagem médica, mas também nas responsabilidades individuais.

Para isso, é preciso compreender o pano de fundo histórico em que emerge essa discussão sobre a saúde, ou seja, é necessário destacar o neoliberalismo como pressuposto dessa nova configuração das relações sociais em que se insere o campo da saúde.

4.1 Neoliberalismo

No Pós-Guerra, os países desenvolvidos ampliaram e garantiram o acesso à população a serviços sociais através de modelos de proteção social, aumentando os direitos sociais como o acesso à saúde e os gastos em assistência. Todavia, na década de 1970, configurou-se a crise do Estado de Bem-Estar Social devido à nova crise econômica, fazendo com que houvesse uma crítica a respeito dos altos custos das políticas sociais e, especialmente, as políticas de saúde centradas na atenção médica, através de mecanismos de regulação e controle financeiro por parte do Estado (SILVA, 2012). Como resposta à crise global, o neoliberalismo foi fortalecido como estratégia ofensiva do Capital e como reação e saída do que era considerado um capitalismo tardio (PUELLO-SOCARRÁS, 2013). Assim, o neoliberalismo corresponde a uma prática do capitalismo contemporâneo, que implica, antes de tudo, em um projeto econômico-político de classe (capitalista) expresso através de uma estratégia de acumulação do capital que se baseia especificamente na subordinação e sujeição absoluta ao mercado como dispositivo de produção e reprodução social em sentido amplo (PUELLO-SOCARRÁS, 2013). Dessa forma, é “[...] uma prática discursiva construída, constituída e realizada por uma dialética específica,

contínua e constante entre teoria e práxis” (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a, p. 16, tradução nossa).

Conforme Puello-Socarrás (2013), há dois momentos importantes da construção e amadurecimento do neoliberalismo que se concretizam no plano teórico e prático. No plano teórico, o nascimento do neoliberalismo é marcado pela Sociedade de Mont-Pèlerin, em 1947, como um “conclave intelectual e plataforma ideológica chave desde a qual se difundiram com posteridade o pensamento e as doutrinas neoliberais” (PUELLO-SOCARRÁS, 2013, p. 16, tradução nossa). Foi o momento em que foram criados centros de investigação, foros públicos e vínculos com universidades em nível mundial que tinham essa orientação. No plano prático, o neoliberalismo passa a ser executado mais especificamente no ano de 1973, quando ocorre o choque mundial do petróleo, desencadeando a crise mundial, e quando é executado o golpe de Estado contra o primeiro governo socialista eleito por voto popular, o do chileno Salvador Allende, seguido por um período de ditaduras civis-militares na América Latina e Caribe (PUELLO-SOCARRÁS, 2013). Não obstante, é o momento em que um conjunto de governos conservadores assumem cargos na Europa, principalmente, na figura de Margaret Thatcher, em 1979, na Inglaterra, dando início à implementação das premissas neoliberais.

Durante as décadas posteriores, a consolidação dessa doutrina, em nível global, foi caracterizada pelo “Consenso de Washington” em sua versão original, de 1989 (CW-89), e de suas adaptações posteriores (Consenso Revisado, Ampliado e Pós-Washington)¹¹ realizadas pelos organismos multilaterais de crédito e subordinados aos interesses de Washington (Estados Unidos) como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Todavia, conforme alerta Puello-Socarrás (2013), o neoliberalismo não se encerra no Consenso de Washington e muito menos deve ser associado unicamente às políticas descritas por ele, pois ele é apenas uma das traduções históricas possíveis do projeto neoliberal, visto que o CW-89 e suas variações correspondem à

¹¹ O Consenso de Washington, em 1989 (CW-89), apresentou um conjunto de dez medidas de orientações políticas formuladas por economistas de instituições financeiras sediadas em Washington (Estados Unidos), fundamentadas pelo economista John Williamson, tendo por objetivo promover um ajuste macroeconômico nos países em desenvolvimento. As dez medidas do CW-89 foram: (1) disciplina fiscal; (2) redução dos gastos públicos; (3) reforma tributária; (4) liberalização financeira; (5) taxa de câmbio competitiva; (6) abertura do mercado interno; (7) eliminação de restrições ao capital externo; (8) privatização; (9) desregulamentação; e (10) direito de propriedade (WILLIAMSOM, 2004). Nos anos posteriores, embora houvesse algumas críticas realizadas pelos próprios organismo multilaterais sobre a essência puramente macroeconômica formulada no CW-89, as dez medidas foram revisadas e ampliadas através de três momentos (Consenso Revisado, Ampliado e Pós-Washington) implicando em uma série de reformas econômicas e políticas que mantiveram e reproduziram a essência do neoliberalismo como projeto de sujeição e subordinação ao mercado (PUELLO-SOCARRÁS e GUNTURIZ, 2013).

materialização do projeto econômico-político do neoliberalismo. Ou seja, é parte da estratégia neoliberal e não sua explicação¹². Além disso, Puello-Socarrás (2008a; 2013a) considera que o neoliberalismo não é monolítico, mas diverso e complexo, não ficando restrito apenas a uma interpretação da escola neoclássica, mais precisamente, a escola neoclássica anglo-americana, mas inclui um conjunto de escolas com pontos de vista teórico-abstratos, práticas históricas, fontes econômicas e aflições políticas, ideológicas e sociais próprias. São cinco as escolas tidas como referências básicas na evolução do pensamento neoliberal (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a; 2013): (a) Escola Neoclássica Anglo-Americana; (b) Escola Neoclássica Europeia Continental que abrange a Escola Neoclássica Austríaca e suas sucessivas gerações; (c) o neoliberalismo alemão, representado pelo Ordo-Liberalismo, a Escola de Economia Social de Mercado (ESM) e as Escolas de Friburgo e Berlim; (d) as Sínteses Neoclássicas Keynesianas; e (e) as Sínteses Austro-americanas e Americano-austríacas.

Um dos conceitos mais significativos nesse trânsito do pensamento neoliberal é a mudança de enfoque do *homo economicus* (homem econômico) – tido como princípio antropológico da corrente anglo-americana – para o de *homo redemptoris* (homem empresário/empreendedor), da corrente austríaca. Conforme Puello-Socarrás (2008a), o conceito de homem empresário/empreendedor, antes de ser uma premissa dos tempos atuais, é uma ideia historicamente arraigada no pensamento liberal, na qual o conceito de homem econômico era uma categoria que interpretava dedutivamente o ser humano como um agente econômico racional e um indivíduo eminentemente calculador. Entretanto, a partir do século XX, esse conceito passa a fazer parte de uma reivindicação do empreendedorismo como exigência para a compreensão do ser humano diante das condições econômicas do mercado, ou seja, frente ao capital financeiro, governança corporativa, entre outros.

O homem empresário/empreendedor é, antes de tudo, uma exigência epistemológica que gera uma compreensão mais ajustada para o neoliberalismo e que permite absorver e enfrentar analiticamente sua maior complexidade, como a articulação e interdependência entre as realidades econômicas, políticas e sociais contemporâneas (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a; 2008b). O que a corrente austríaca fez quanto ao conceito foi situar em torno do homem empreendedor o princípio antropológico do ser humano, e no empreendimento como força ontológica constitutiva do processo de mercado (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a). Nessa

¹² A respeito da crítica feita à associação unívoca do neoliberalismo com as políticas descritas pelo CW-89, Puello-Socarrás (2013) apresenta oito teses sobre o neoliberalismo em que faz uma abordagem exaustiva sobre a doutrina, demonstrando suas etapas e desdobramentos antes e pós o CW-89.

corrente, o homem empreendedor é um homem econômico, mas não no sentido puro como defendia o neoclassismo anglo-americano, pois ele é um empresário de si mesmo, aprofundando o individualismo típico do neoliberalismo. O homem empreendedor está sempre em estado de alerta, pois a inovação é precisamente seu ponto de excelência, momento em que assume os riscos e combina os fatores de produção para atingir seu objetivo.

O empresário/empreendedor é, portanto, uma *força* – mais que uma “estrutura” – de mercado, fundamental na sociedade. Sua importância é tão central que, para essa teoria, eliminar o empreendedor seria eliminar a força motriz de todo o sistema de mercado. (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a, p. 92, tradução nossa)

Os empresários/empreendedores não são estritamente trabalhadores, porque a venda de sua força de trabalho não se desenvolve no mercado. São “mediadores” que inovam e propiciam “novas combinações” entre Trabalho e Capital, funcionando como um terceiro fator na dinâmica do sistema capitalista, na medida que assumem a função de coordenar a divisão social do trabalho através da criação da empresa (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a, p. 92, tradução nossa).

Portanto, embora haja diferenças conceituais a respeito do homem econômico, o neoliberalismo não alterou os pressupostos do liberalismo, já que aprofunda o individualismo e reivindica o mercado como único espaço de expressão das relações sociais. Essa noção cria uma neutralização das relações sociais ao colocar o indivíduo como principal responsável por sua situação social, ocultando, por conseguinte, a relação conflitiva entre capital e trabalho. Termos como inclusão, coesão e integração sociais surgem dentro dessa lógica, a fim de afirmar a posição do mercado como centro das relações sociais. Assentado na lógica do individualismo e do ser humano como empreendedor de si, o Estado neoliberal encontra nessa concepção a justificativa para uma menor pressão frente ao mercado, no que diz respeito à exigência de melhores condições de trabalho. Assim como o próprio Estado se ausenta de sua responsabilidade no cumprimento dos direitos sociais, principalmente no que diz respeito às políticas públicas, como a saúde, por exemplo.

A manifestação mais clara da convergência do espírito empreendedor e suas consequências ocorre na tentativa de adaptar a administração a seus preceitos. Essa prática tem por objetivo a utilização das ferramentas originárias da administração privada em assuntos da administração pública, de modo a construir uma governança neoliberal (empreendedora), colocando o mercado como o paradigma exclusivo da produção social (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a). Essas estratégias, conforme Puello-Socarrás (2008a), visam reformas do aparelho de

Estado, baseadas em três perspectivas, apresentadas a seguir: Reinvenção do Governo (ERG); paradigma pós-burocrático; e New Public Management ou Nova Administração Pública.

- Reinvenção do Governo (ERG). Essa perspectiva surge nos anos 1980 com o objetivo de prescrever novas orientações para o Governo contemporâneo de modo a transformar as burocracias modernas em governos de postura empresarial. A aludida reinvenção consistia em substituir a burocracia por uma nova imagem de governo público, primando pela eficiência e eficácia que no mercado estaria bem representado. Essa perspectiva abriria espaço para uma terceira via no manejo das questões públicas e na implementação de políticas públicas nacionais superando a dicotomia entre estatismo e mercado.

Esse tipo de atuação governamental estaria definido pelo “empresarial”. O *governo empresarial* propõe um tipo de governo inspirado no cliente. O mercado – não o Estado nem o Governo – é que melhor prove os recursos; e unicamente os indivíduos é que podem ser “os melhores juízes do seu próprio bem-estar” dado que em seu papel de *clientes* “conhecem o que é mais importante” para eles. As entidades governamentais, antes de financiar entidades públicas, financiarão os *indivíduos-clientes*. (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a, p. 112, tradução nossa)

Tomando as pessoas como indivíduos-clientes, a nova administração pública promoveria a despolitização da gestão dos assuntos públicos (a política não interferiria mais nas decisões individuais da sociedade), sendo o Estado regulador da prestação dos serviços, e não mais provedor direto, delegando para o setor privado essa tarefa. Foi um movimento, como se observa, de diminuição do aparelho de Estado, a partir de um enfoque economicista centrado em ferramentas da administração privada com o objetivo de prover uma administração por resultados, projetando ao redor disso uma capacidade empresarial-empresendedora diante da propagação do espírito empresário/empresendedor da Escola Austríaca, como atuação superior da administração pública (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a). A coluna vertebral dessa proposta é centrada, portanto, no indivíduo-cliente e na reordenação das políticas públicas em que o Estado se tornaria ausente, exigindo, por conseguinte, dos indivíduos-clientes uma participação empresenedora na provisão de seu próprio bem-estar e dos serviços de caráter público, como é a saúde, por exemplo.

O Governo deve evitar, então, responder aos *direitos sociais*. No momento, deve limitar-se a oferecer *serviços públicos* (por exemplo, mediante a incorporação de “subsídios focalizados” pela demanda em educação, saúde, etc., em geral os bens públicos) e deixar que o mercado através dos indivíduos-empresenedores sejam, ao mesmo tempo, os diretos interessados, responsáveis e encarregados de sua própria produção (estritamente, *auto-produção*) e consumo no mercado, por definição um cenário “extra-estatal”. (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a, p. 116, tradução nossa)

- O paradigma pós-burocrático. Nessa perspectiva, a intenção era a superação da Burocracias Estatais tradicionais, compreendendo uma incapacidade do aparelho de Estado no enfrentamento das necessidades de uma sociedade pós-industrial. A exigência partia de uma reforma desde o Estado ao setor público e seu aparato, mediante a superação do paradigma clássico da burocracia weberiana, implementando os princípios da administração privada como ajuste estrutural. O avanço em relação à perspectiva da ERG é que essa concepção ia além da redução do tamanho do Estado e do enfoque indivíduo-cliente, propondo um redimensionamento a um Estado empresarial-gerencial, ou seja, a uma renovação do paradigma administrativo diante do público-privado. Ultrapassa a visão meramente economicista da ERG, que vai além de uma solução técnica para um reordenamento de todo o aparato estatal, englobando o político, econômico e social (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a). Essa reorientação foi denominada de New Public Management (Nova Administração Pública).
- New Public Management. Ao redor da Nova Administração Pública, cunhada na década de 1990 nos Estados Unidos, é reeditado, reafirmado e consolidado o enfoque precedente da nova administração do público, combinando estrategicamente os modelos teóricos de dominação de diversas disciplinas como a ciência política, a administração pública, a economia, a teoria das organizações, e das políticas públicas conjugando em uma teoria unificada sobre o setor público contemporâneo (PUELLO-SOCARRÁS, 2008a). Não só atualizou as principais referências da ERG e do paradigma pós-burocrático, como também estabeleceu um perfil definido da nova gestão pública imposta na reorientação do aparelho de Estado. Foram introduzidas nas políticas públicas o privilégio à privatização, tendo como foco o indivíduo-cliente, a descentralização, a criação de ambientes competitivos e da produtividade por resultados na administração pública. Sobretudo, se auto proclamou uma teoria geral e normativa, em que o conceito de setor público se instituiu como terceiro setor, o cidadão passou a ser visto como cliente, e o mercado visto como o espaço de atuação.

Diante do exposto, se no neoliberalismo o mercado é o que rege as relações sociais, o campo da saúde não poderia estar ausente dessa perspectiva. Logo, partindo das premissas do ideário neoliberal, a APS surge como resposta, em um primeiro momento, à crise dos anos 1970 e à discussão dos elevados custos da atenção médica, para firmar-se como uma nova perspectiva tendo a Promoção da Saúde como sua principal estratégia.

4.2 A emergência e os preceitos da Promoção da Saúde

Durante a década de 1960 havia um amplo debate em várias partes do mundo sobre a determinação econômica e social da saúde, destacando a necessidade de superar a abordagem predominantemente centrada no controle das enfermidades, além da centralidade exclusivamente médica sobre o processo saúde-doença. A discussão em torno da necessidade de uma nova abordagem para o campo da saúde, somada à crise econômica da década de 1970 e do conseqüente avanço do neoliberalismo, fez com que o processo de mudança ocorresse de forma acelerada. Isso deu início a uma série de encontros de países do centro capitalista e de organizações internacionais para a formulação de uma nova perspectiva que correspondesse às exigências do campo econômico, ou seja, da contenção dos elevados custos sociais, principalmente, na área da saúde. Devido à crise fiscal e do elevado custo em tecnologias médicas, o Canadá foi um dos países que, naquele momento, fez uma forte crítica ao seu modelo de saúde, destacando-se no cenário mundial ao introduzir questões sobre o processo saúde-doença, propondo uma alternativa para o campo da saúde que correspondesse às exigências econômicas e à reestruturação imposta pela onda neoliberal.

Essa alternativa foi apresentada em maio de 1974, quando Marc Lalonde, então Ministro de Saúde do Canadá, divulgou o documento intitulado “A new perspective on the health of Canadians” (LALONDE, 1974), também conhecido como “Informe Lalonde”. Foi a primeira vez que o termo Promoção da Saúde apareceu oficialmente em um documento como parte de um pensamento estratégico para definir prioridades para o campo da saúde, tendo início no contexto do Canadá, para mais tarde transformar-se em uma estratégia de saúde em outros países (BUSS, 2009). O documento foi elaborado com o intuito de enfrentar os custos crescentes da assistência médica canadense, ao mesmo tempo em que questionou o modelo de saúde do país, que era centrado na abordagem exclusivamente médica sobre os processos de doença, bem como o elevado número de internações hospitalares e a excessiva medicalização. O “Informe Lalonde” não só apontou para uma crítica ao modelo assistencial médico como foi, também, uma proposição política, técnica e econômica de reformulação do campo da saúde (BUSS, 2009). Dessa forma, o propósito de Lalonde (1974, p. 32, tradução nossa) foi realizar uma discussão sobre o futuro dos programas de saúde do Canadá, compreendendo que deveria haver uma nova abordagem sobre a atenção à saúde para além das organizações de assistência médica:

Até agora, quase todos os esforços da sociedade enviados para a melhoria da saúde e, a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentraram-se na organização

da assistência médica. Entretanto, quando se identificam as principais causas de morbi-mortalidade no Canadá, chega-se à conclusão que sua origem está nos outros três componentes do conceito: biologia humana, meio-ambiente e estilo de vida. Isto é, uma vasta quantia tem sido gasta para o tratamento de doenças que poderiam ser prevenidas. Por isso, é necessária uma grande atenção aos três elementos destacados, se quisermos reduzir a incapacidade e a morte precoce.

No documento elaborado, as premissas do “Informe Lalonde” foram definidas no item denominado “campo da saúde”, reunindo os “determinantes da saúde”, conceito que contempla os quatro componentes que influenciam a saúde (LALONDE, 1974, p. 31). Os quatro componentes são:

- (a) Biologia humana - Inclui todos os aspectos da saúde, tanto física como mental, que se manifestam no organismo como consequência fundamental do ser humano. Compreende, também, o processo de envelhecimento e morte, bem como a herança genética dos seres humanos.
- (b) Ambiente - São os fatores relacionados à saúde externos ao organismo humano, sendo que as pessoas possuem pouco ou nenhum controle. Os seres humanos não conseguem garantir a segurança do que consomem, por exemplo, alimentos, medicamentos, abastecimento de água etc. Assim como não é possível controlar os perigos para a saúde que representam a poluição e a prevenção de doenças transmissíveis, por exemplo. Em síntese, o ser humano não tem condições de garantir que o meio social não produza efeitos nocivos para a saúde de forma geral.
- (c) Estilo de vida - É o conjunto de decisões que a pessoa toma com relação à sua saúde, exercendo apenas certo grau de controle.
- (d) Organização da assistência à saúde - Consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole, relacionamento entre as pessoas e recursos na provisão do cuidado à saúde. Define-se, genericamente, como sistema de saúde.

A partir desses quatro componentes, Lalonde (1974) definiu cinco estratégias para enfrentar os problemas da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa, e fixação de objetivos. Ou seja, a Promoção da Saúde apareceu, inicialmente, como um elemento a ser trabalhado para avançar na estratégia proposta por Lalonde (1974), a qual, mais tarde, ganharia destaque em outros programas e recomendações, sendo o principal meio de operacionalização das estratégias de reestruturação da saúde. No documento, a Promoção da Saúde teve como definição “informar, influenciar e assistir pessoas e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde” (LALONDE, 1974, p. 66). Para implementar as estratégias foram propostas 74 iniciativas,

sendo que 23 compunham a estratégia da Promoção da Saúde, dando enfoque, essencialmente, aos estilos de vida, que englobou, por exemplo, a alimentação, o tabaco, o álcool, as condutas sexuais e o uso de drogas, além da necessidade de responsabilização individual sobre a própria saúde. Assim, ao propor a retirada do enfoque da assistência médica sob os cuidados exclusivos do profissional médico, Lalonde (1974, p. 26, tradução nossa) introduziu a concepção de que as pessoas deveriam se responsabilizar sobre seu próprio cuidado com a saúde, pois suas atitudes resultam na expressão de sua saúde:

Além do sistema de saúde e das pessoas coletivamente, a culpa do indivíduo deve ser aceita, para o efeito deletério de sua saúde devido aos seus estilos de vida. Sedentarismo, fumo, exagero alimentar, dirigir alcoolizado, abuso de drogas e a não utilização do cinto de segurança estão entre os vários elementos que contribuem para a doença física e mental, para a qual o indivíduo deve aceitar alguma responsabilidade e buscar a correção.

A retirada do enfoque exclusivamente médico sobre a saúde das pessoas para a responsabilização individual do cuidado sobre a própria saúde passou a ser a principal justificativa canadense para a contenção de custos do sistema de saúde, que encontrou na Promoção da Saúde o respaldo estratégico nessa direção. Portanto, a Promoção da Saúde, embora tenha aparecido como uma das estratégias do “Informe Lalonde”, se tornou a principal prerrogativa na reestruturação do sistema de saúde daquele país que, em 1978, estabeleceu uma Diretoria de Promoção de Saúde no Ministério da Saúde, tendo como base projetos experimentais que utilizaram essa abordagem aos diversos problemas do Canadá.

Paralelamente à reestruturação que vinha ocorrendo no Canadá em torno da Promoção da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentou, na década de 1970, um amplo debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde nos países de forma a atender as expectativas do cenário econômico. Durante os anos de 1977 a 1978 ocorreram várias reuniões que tinham como tema a APS, com o objetivo de transformá-la em porta de entrada dos sistemas de saúde sob um conjunto de diretrizes e prescrições que deram subsídios para a realização da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (AGUIAR, 2007). Os objetivos da Conferência foram (OMS, 1978a): (a) promover o conceito de APS em todos os países; (b) intercambiar experiência e informações a respeito da organização da APS e de alguns sistemas e serviços nacionais de saúde; (c) avaliar a situação sanitária e de assistência em saúde em todo o mundo, assim como a relação com a APS e o potencial de melhora dos sistemas nacionais de saúde com base em políticas voltada para o campo; (d) definir os princípios e as formas operativas da APS;

(e) definir a função dos governos e das organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e ajuda ao desenvolvimento da APS; e (f) formular recomendações para o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde.

Como ponto de partida do enfoque estratégico e operacional da APS, dois documentos resultaram da Conferência, a Declaração de Alma-Ata e as Recomendações de Alma-Ata, com um conjunto de diretrizes para a implantação e desenvolvimento da APS em todo o mundo. A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978b) evidenciou as disparidades de saúde nos diversos países, relacionado com o desenvolvimento econômico e social, afirmando que o nível de saúde é uma expressão das condições econômicas dos países. Assim, as diretrizes da Conferência deram uma maior atenção à situação econômica dos países subdesenvolvidos, indicando a necessidade de uma reforma estrutural por parte do Estado para que houvesse o desenvolvimento da saúde, tendo como base os parâmetros dos países desenvolvidos. Por conseguinte, caberia aos governos assumir a responsabilidade por seus povos, mediante a adequação das medidas sanitárias expressas na APS para uma reformulação dos sistemas nacionais de saúde. Embora indicasse a responsabilização dos governos, a Declaração também apontou para um processo de individualização das responsabilidades por parte das pessoas, afirmando que caberia a elas um movimento em direção a melhores condições de saúde, de forma a que se auto responsabilizassem por suas condições de vida, transformando-se em agentes ativos na busca desses objetivos. Nesse conjunto de prescrições e diretrizes sobre a aplicação da APS, como nova proposta para o campo da saúde nos diversos países, a Promoção da Saúde apareceu como um conceito essencial, acompanhada dos conceitos de prevenção, tratamento e reabilitação como indispensáveis para o desenvolvimento da APS. Portanto, a Promoção da Saúde, que vinha sendo trabalhada como estratégia de saúde do Canadá, foi incorporada como um dos conceitos basilares na abordagem da APS, tornando-se, também, estratégia da reforma estrutural dos sistemas de saúde, conforme preconizada em Alma-Ata.

Não obstante, compreendendo o processo de desenvolvimento socioeconômico como determinante da saúde, a Conferência frisou os cuidados primários em saúde como parte integrante desse processo, devendo os países coordenar a implantação de reformas estruturais em diversos setores, como educação, agricultura, pecuária, habitação, indústria, entre outros. Para isso, os governos deveriam atuar de forma coordenada com o terceiro setor, de forma a delegar ações de saúde para a comunidade, compreendida como as empresas privadas e Organizações Não Governamentais (ONGs) (OMS, 1978a). Analisando os documentos da Conferência e as Declarações posteriores sobre a APS, denota-se que o conjunto de afirmações

e recomendações demonstram uma preocupação com a necessidade de implantar uma reforma estrutural de cunho socioeconômico nos países, principalmente, nos subdesenvolvidos, como perspectiva de superação das barreiras econômicas presentes naquele momento. Logo, a proposta da APS, para além da implantação de um conjunto de diretrizes em saúde, é o conjunto de reformas do aparelho de Estado, ao indicar a necessidade de reestruturação interna dos países, conforme preconizado pelo neoliberalismo. Essa postura, presente na Conferência, é reafirmada nas Recomendações de Alma-Ata, quando se dá a publicação do documento intitulado “Saúde para Todos no Ano 2000”, que propunha ajustes no campo da saúde a longo prazo, além do acompanhamento constante das reformas preconizadas em Alma-Ata (WHO, 1982).

A respeito do seu significado concreto, ou seja, da realização dos preceitos da APS na prática, Mario Testa (1990) ressalta que a APS tem diferentes significados para as diversas localidades em que se insere, e aí é que reside sua maior crítica. Conforme o autor (TESTA, 1990), dos diferentes pontos de vista que se pode considerar a atenção primária, sua efetiva inserção em um sistema de saúde implica uma rede de estabelecimentos interconectados por claros procedimentos de referência e transmissão de informações que ordenam a circulação interna dos pacientes no sistema. Isso significa que, para que se concretizem os preceitos da APS, deve haver um mínimo de ordenamento territorial regionalizado e um comportamento social que segue, mais ou menos, as normas de ingresso e circulação de pessoas. Nos países desenvolvidos, esse receituário proposto pela APS tinha condições de ser desenvolvido dadas as condições dos sistemas de saúde daqueles países, fruto dos processos históricos que lá se desenvolveram, a partir dos recursos investidos para o campo. Todavia, quando a APS tenta fazer essa mesma abordagem a países que não possuem essas características em seus sistemas de saúde - regionalizado e com um sistema de referência – a atenção primária se transforma em “atenção primitiva de saúde”, um serviço de segunda categoria para a população (TESTA, 1990, p. 127, tradução nossa).

A atenção primária, nessa perspectiva, não é a porta de entrada nos países subdesenvolvidos, mas o único serviço disponível para a população a que está destinada. Ademais, leva em consideração que, nessas regiões, a APS parte da existência de serviços diferenciados para distintos grupos sociais, de maneira que não se discute o sistema de saúde para toda a população, mas, apenas, para aquela que se encontra em situação menos favorecida, ou seja, para os pobres. Aí entra a preocupação dos governos com a contenção de gastos em saúde, reduzindo os custos com profissionais médicos e investimento em tecnologia, delegando

à população os cuidados primários sob sua responsabilidade, antes mesmo de acessar ao sistema de saúde. Nessa direção, a introdução da APS a partir de Alma-Ata foi uma prescrição de cunho supostamente técnico para os países, principalmente, os subdesenvolvidos, e correspondeu às prescrições de cunho neoliberal, o que aprofundou ainda mais as disparidades sociais já existentes nos sistemas de saúde. Assim, se a Atenção Primária passou a ser a porta de entrada nos sistemas de saúde, a Promoção da Saúde passou a ser a estratégia central, aparecendo como uma grande estratégia prescritiva e normativa para o campo da saúde. Essa proposição é ampliada a partir da Carta de Ottawa, quando a Promoção da Saúde ganhou ímpeto e foram desenvolvidos seus principais conceitos, ampliando seu escopo de atuação dentro da APS.

Em novembro de 1986, realizada em Ottawa, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tendo a participação de 35 países e que resultou na Carta de Ottawa, a qual é considerada a principal conferência sobre Promoção da Saúde por ter se tornado uma referência para o campo em todo o mundo (HEIDMANN et al., 2006). A Carta de Ottawa reafirmou a importância da Promoção da Saúde para a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-a como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (HEIDMANN et al., 2006, p. 353). Segundo Labonte (1993), a Carta de Ottawa afirmou, sobretudo, que a Promoção da Saúde, quando apareceu na década de 1970, a partir do Informe Lalonde, demarcou uma inovação para o campo da saúde ao introduzir um conjunto de preceitos que antes não eram trabalhados no cuidado à saúde:

A Carta demarcou uma inovação na prática da saúde, do “velho” para o “novo”, uma mudança estritamente focada na prática médica no cuidado da saúde para um conjunto de determinantes de saúde definidos em torno de termos psicológicos, sociais, ambientais e políticos. (LABONTE, 1993, p. 8)

Portanto, compreendeu que o conjunto dos preceitos da Promoção da Saúde possibilitaram uma nova etapa para o campo, sendo a Carta de Ottawa uma afirmação dessa inovação a partir de suas estratégias. Diante disso, apontou que para ser uma estratégia de melhoria de vida da população e melhores condições de saúde, a Promoção da Saúde deveria dar conta de um conjunto de valores: solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, os quais compuseram as cinco estratégias fundamentais da Promoção da Saúde: implementação de políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária; e desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDMANN et al., 2006), conforme descritas a seguir.

- Implementação de políticas públicas saudáveis - a saúde deve ser considerada uma das prioridades da agenda política dos países, em todos os níveis e setores. Para isso, o documento sugeriu um conjunto de abordagens complementares como legislação, taxações e alterações organizacionais, visando mudanças nas desigualdades sociais e melhoria da qualidade de vida da população. A centralidade desse ponto é que a Promoção da Saúde ultrapassou os cuidados à saúde, abrangendo um conjunto de outros determinantes, por exemplo: renda, proteção ambiental, trabalho e agricultura.
- Criação de ambientes favoráveis em saúde - como parte da estratégia, propôs a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, tendo como objetivo o monitoramento das mudanças nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização, as quais interferem na saúde.
- Reorientação dos serviços de saúde - o enfoque deve ser dado na saúde e não na doença. A intersectorialidade e integralidade são destacadas como forma a ampliar os canais do setor saúde junto com os setores sociais, econômicos, políticos e ambientais.
- Reforço da ação comunitária - implementação de ações e recursos existentes nas comunidades, a fim de que fosse intensificada a autoajuda e o apoio social. É introduzido o conceito de *empowerment* no plano comunitário.
- Desenvolvimento de habilidades pessoais - processo de divulgação de informações para as pessoas em todos os níveis, escola, trabalho, lazer, de forma a que as pessoas estejam capacitadas para gerir sua saúde. Ressalta-se o *empowerment* no plano individual.

Essas estratégias, propostas pela Carta de Ottawa, marcaram o início do desenvolvimento de medidas e programas no plano internacional por diversas organizações, orientadas, em sua maioria, pela OMS. Não obstante, foi o marco para diversas Conferências que surgiram nos anos seguintes, sendo as principais delas: Adelaide (1988), Sundsval (1991), Santa Fé de Bogotá (1992), Port of Spain (1993), Canadá (1996), Jacarta (1997), Rede de Megapaíses (1998), México (2000), e Bangkok (2005) (HEIDMANN et al., 2006).

A Promoção da Saúde, portanto, parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes para refletir sobre os problemas de saúde, propondo mudanças de estilos de vida e responsabilizando as pessoas sobre seu próprio estado de saúde (BUSS, 2009); configurando, assim, seus conceitos estratégicos: os determinantes sociais da saúde, os fatores de risco, e o *empowerment*.

Conforme Zioni e Westphal (2007), na Promoção da Saúde, os determinantes sociais estão condicionados ao contexto estrutural socioeconômico e político da sociedade que, por sua vez, pode ser traduzido como uma estratificação social, definida em termos de excedente econômico. Essa estratificação leva ao que seriam os determinantes sociais da saúde expressos pela distribuição desigual de três tipos de fatores: materiais – como habitação, alimentação, trabalho etc.; psicossociais e comportamentais; e biológicos. Esses fatores representam os níveis de saúde em cada sociedade, conforme seu desenvolvimento. Ou seja, quanto maior a desigualdade econômica de uma sociedade, maior a posição que ocupa na estratificação social de acesso a fatores de boa ou má saúde, aumentando as inequidades (ZIONI; WESTPHAL, 2007). Observa-se, então, que os determinantes sociais de saúde, além de serem um parâmetro utilizado para determinar o grau de desenvolvimento de um país, funcionam, também, como prerrogativas da Promoção da Saúde para uma intervenção na reformulação do sistema de saúde. Dessa concepção de determinantes é que surge a noção de fator de risco.

Na abordagem técnico-científico, risco é definido como uma consequência de eventos adversos, que podem ser identificados através de um conjunto de cálculos e medidas científicas para que se possa prever o futuro, sob o pressuposto de que é possível sua mudança a partir dessa previsão (CARVALHO, 2004a). Na saúde, a epidemiologia trata o risco como uma probabilidade de um conjunto de membros de uma população desenvolverem uma doença ou algum evento relacionado à saúde, surgindo, então, a noção correlata de fator de risco, que pode ser definido como o atributo de um grupo de pessoas que apresentam uma determinada patologia com maior incidência que os demais grupos populacionais, apresentando, assim, um forte risco à saúde de todos (CARVALHO, 2004a). Dessa forma, prever os fatores de risco significa minimizar os problemas futuros. Na Promoção da Saúde, essa concepção é utilizada na estruturação de ações e estratégias como as Políticas Públicas Saudáveis que tem como concepção contribuir para a escolha de hábitos de vida saudáveis, tais como, atenção à forma física, exercícios, dietas, fim do tabagismo e do álcool, entre outras, que são categorizadas como “foco no estilo de vida”, acrescidas por uma “nova consciência” sobre os riscos resultantes da atividade humana, envolvendo nessa perspectiva a ideia de poluição, aquecimento global etc. (CARVALHO, 2004a, p. 673).

Por intermédio das mencionadas estratégias, a promoção à saúde procura responder ao surgimento de um novo complexo mórbido onde causa e efeitos se confundem e se sintetizam num “certo modo de andar a vida”, onde fatores como alimentação, stress, poluição, violência e sedentarismo apresentam-se como ingredientes indissociáveis dos marcos culturais e sociais onde se inscrevem. Mais do que fatores de risco, a promoção à saúde é chamada a tratar de situações complexas onde o risco não é mais

externo ao indivíduo, mas se inscreve, com ele, num complexo único de múltiplas dimensões – biológica, social e cultural. (CARVALHO, 2004a, p. 673)

A partir desse raciocínio, a Promoção da Saúde se inscreve como um leque de intervenções e prescrições em que as pessoas não precisam apresentar sintomas de doenças, mas, apenas, de suspeita delas, para que se justifiquem as políticas empregadas para a prevenção, que são classificadas como fatores de risco (CARVALHO, 2004a). Frente a isso, todas as pessoas passam a ser incluídas, não havendo mais uma fronteira entre os doentes e os não doentes. Daí a elaboração de um conjunto de regras e prescrições realizadas por especialistas sobre como as pessoas devem agir para se ter uma vida saudável, funcionando, então, como uma forma de vigilância e de regulação social sobre a vida. Por isso, a necessidade da Promoção da Saúde em focar no indivíduo, responsabilizando-o por suas atitudes, ao mesmo tempo em que amplia a noção de autocuidado, quando aponta que as informações sobre estilos de vida saudáveis estão ao alcance de todos, bastando, para isso, o interesse do indivíduo em acessar esse conhecimento. O controle sobre os determinantes sociais e os fatores de risco no processo saúde-doença, por parte dos indivíduos, encontra-se na principal estratégia da Promoção da Saúde, através do conceito de *empowerment* ou empoderamento.

Através do empoderamento, a Promoção à Saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, sugerindo que estas ações devam ser realizadas em distintos *settings*, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários. (CARVALHO, 2008, p. 2031)

No ideário da Promoção da Saúde, há duas noções distintas de empoderamento – a psicológica e a comunitária – em que se encontram múltiplas dimensões da categoria poder (CARVALHO, 2004b).

O empoderamento psicológico enfatiza uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais, desconectando o comportamento dos seres humanos do contexto sociopolítico em que estão inseridos. A visão dos seres humanos, nessa corrente, é a de que todos são independentes e autoconfiantes, sendo capazes de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar seu meio, atuando com os princípios de justiça e equidade social (CARVALHO, 2004b). Dessa perspectiva, o objetivo da Promoção da Saúde é, através do empoderamento, fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação dos seres humanos ao meio em que vivem, desenvolvendo mecanismos de autoajuda e de solidariedade. Para isso, práticas educativas devem ser desenvolvidas como forma de contribuição para formação de uma consciência sanitária, através de um esforço pedagógico permanente que tem por objetivo a manutenção de uma relação saudável do indivíduo com o

meio externo. A centralidade dessa perspectiva consiste na regulação da vida por parte de políticas e práticas macrossociais que, através de determinados mecanismos, influencia na conduta do cuidado à saúde, fazendo com que as pessoas se responsabilizem cada vez mais por sua condição de vida, pois dependem delas as ações para que uma mudança aconteça.

Esta concepção de “empowerment” nem sempre incide sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade e pode constituir-se em mecanismo de regulação social. Declarações de princípios contra a iniquidade social, a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa, e que preconizam o “empowerment” de indivíduos e coletivos podem transformar-se em discursos vazios no momento em que não se discute as raízes dos problemas nem se busca apontar alternativas ao status quo. Por meio destes artifícios, governos e instituições conservadoras podem legitimar suas práticas neutralizando, de passagem, proposições que questionam a ordem social. (CARVALHO, 2004b, p. 1091)

Portanto, o empoderamento psicológico aponta para uma responsabilização do indivíduo sobre sua saúde, alegando que dependem dele as mudanças de sua condição de vida e que, por conseguinte, é dotado de poder para isso. Essa suposição o desconecta da macroestrutura social, pois compreende que os problemas podem e devem ser resolvidos no plano individual.

Na perspectiva centrada na comunidade, há uma compreensão de que existem níveis diferenciados de poder que estão distribuídos de forma desigual na sociedade, o que justificaria as disparidades sociais. Logo, a macroestrutura social influencia diretamente na vida dos indivíduos, devendo ser questionada e enfrentada por coletivos sociais (CARVALHO, 2004b). Todavia, embora essa perspectiva tente apontar uma crítica sobre a visão de empoderamento psicológico, ela não se dissocia desta, mas a fortalece. A responsabilização individual não é criticada, porém é ampliada para as comunidades, ou seja, a responsabilização coletiva é apontada como alternativa de fortalecimento da crítica à macroestrutura. Entretanto, fazer a crítica à macroestrutura não significa romper com ela, e essa é a fragilidade do conceito de empoderamento preconizado pela Promoção da Saúde. O discurso do fortalecimento das comunidades e dos indivíduos através do empoderamento retira a responsabilidade do Estado em prover um sistema de saúde adequado, por meio da transferência de responsabilidades a cada indivíduo sobre sua condição de vida. Ou seja, embora haja problemas macroestruturais reconhecidos, os indivíduos é que são os responsáveis por mudá-lo, e isso ocorre em todas as esferas da vida, inclusive na saúde.

Essa estratégia centrada no empoderamento nada mais é que a prescrição neoliberal do enfoque no indivíduo, que se justifica na concepção de que todo ser humano é um empresário/empreendedor, conforme apontado por Puello Socarrás (2008a). Ora, quando o

neoliberalismo afirma que o princípio antropológico do ser humano é o empreendedorismo, toda e qualquer contradição estrutural do sistema capitalista passa a ser justificada como um problema do indivíduo, pois ele é o responsável por sua situação social, cabendo a ele encontrar os meios adequados para superar tais dificuldades, encontrando no mercado essas oportunidades, visto que esse é o espaço em que se desenvolvem as relações sociais. Por conseguinte, sob essa justificativa, temas como a saúde passam a operar dentro dessa lógica, de responsabilização individual. Assim, a Promoção da Saúde, ao centrar nas responsabilidades individuais o processo de desenvolvimento para uma saúde adequada, fortalece a lógica do ser humano como empresário de si mesmo, a partir do conjunto de prescrições normativas de seus conceitos, centrados nos determinantes sociais e fatores de risco como prerrogativa para essa imposição. Logo, o conjunto normativo de prescrições da Promoção da Saúde se apresenta como sendo o próprio espaço de oportunidades preconizado pelo neoliberalismo, no qual os indivíduos encontram as oportunidades de melhorar sua condição de saúde, bastando, para isso, que se tornem agentes ativos por meio da responsabilização de cada aspecto de sua vida no que diz respeito a hábitos saudáveis. Ao prescrever o que é bom ou mau para a saúde de cada um, a Promoção da Saúde se estabelece como autoridade suprema sobre a própria existência humana, tendo na noção de fatores de risco o epicentro das normas de conduta que prescreve.

Diante do exposto até aqui sobre a Promoção da Saúde, é possível retomar a pergunta central desse trabalho: **como aconteceu a atualização do discurso da Medicina Preventiva para o da Promoção da Saúde?**

5 DA MEDICINA PREVENTIVA À PROMOÇÃO DA SAÚDE – O DILEMA PROMOCIONISTA

Como visto, a Promoção da Saúde, como formação discursiva, apareceu oficialmente em um documento a partir do “Informe Lalonde”, quando ela é apresentada como uma das estratégias na reformulação do sistema de saúde canadense, sendo mais tarde incorporada na APS como um dos princípios basilares na execução dos objetivos propostos em Alma-Ata, para em seguida se transformar em um grande programa normativo para a saúde a partir do desenvolvimento dos conceitos estratégicos expressos na Carta de Ottawa. Esses três momentos são apresentados, no campo discursivo, pelas agências internacionais como emblemáticos na construção conceitual em torno da Promoção da Saúde, tratando-a como uma grande inovação para o campo da saúde e da Medicina, ao questionar o modelo centrado exclusivamente no cuidado médico e no processo saúde-doença. Nesse sentido, passou a ser tratada, no plano internacional, como uma perspectiva inovadora no cuidado à saúde ao propor um novo modelo baseado nas responsabilidades individuais e na perspectiva positiva da saúde, a partir da pregação do conjunto de hábitos saudáveis a serem incorporados no cotidiano das pessoas, tendo os fatores de risco como centralidade nessa direção.

Todavia, embora tenha sido apresentada dessa maneira, o conceito já havia aparecido na década de 1940, quando Leavell e Clarck (1976) introduziram o conceito de Promoção da Saúde ao desenvolver o modelo da História Natural das Doenças¹³, conforme os níveis de prevenção. Recapitulando, no esquema de Leavell e Clarck (1976), a Promoção da Saúde se concentrava na Prevenção Primária que, ao ser desenvolvida no período da pré-patogênese, possibilitaria o desenvolvimento de medidas adequadas para atingir um nível ótimo de saúde através da proteção dos seres humanos contra as patologias e pelo estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente. Dessa forma, para atingir o bem-estar da saúde, os autores indicaram a necessidade de readequação da educação sanitária através da atenção a alguns elementos: adequada nutrição, cuidados individuais e em grupo, moradia adequada, educação sexual, entre outros. No esquema desenvolvido por Leavell e Clarck (1976), a aplicação das medidas preventivas se concretizaria mediante a execução dos três níveis de prevenção, desde a promoção da saúde (primeiro nível), o diagnóstico e tratamento (segundo nível), e a reabilitação (terceiro nível), envolvendo nesse último os cuidados clínicos e, especificamente,

¹³ Conforme visto no Capítulo 3, item 3.2.1.

a intervenção do médico como principal ator nessa execução. Em síntese, a prevenção se realizaria mediante um esquema que evitasse metodicamente a doença.

O que o movimento da Promoção da Saúde iniciado na década de 1970 fez foi se ater ao nível primário do modelo preconizado por Leavell e Clarck (1976), negligenciando todo o resto, tratando de apresentar um esquema pedagógico baseado na causalidade de fatores simples e até mesmo em uma redução monocausal, baseada, exclusivamente nos fatores de risco em cada aspecto da vida (NOGUEIRA, 2003). Isso, porque nos demais níveis preconizados por Leavell e Clarck (1976), o trabalho do médico era indispensável. Assim, como forma de contenção de custos da atenção médica, a Promoção da Saúde tentou deslocar a centralidade do trabalho médico para o nível primário, fazendo com que o cuidado ficasse sob responsabilidade do indivíduo. Ao focar no nível primário, a Promoção da Saúde tentou, de certa forma, dispensar a figura do médico, delegando aos indivíduos esse papel.

Segundo Nogueira (2003, p. 179), a respeito dessa característica, a pregação de “hábitos saudáveis” sob responsabilidade do indivíduo em cada aspecto de sua vida é um retorno à normalização imposta pela Higiene no final do século XIX e começo do século XX, que deu origem a Medicina Preventiva e suas normas:

No fundo, a Medicina Promotora é apenas uma versão cientificamente mais desenvolvida da Higiene e mantém a mesma ambição de direcionar a totalidade da existência humana em nome de um valor social único, que é a saúde.

A Promoção da Saúde, nesse sentido, faz valer a mesma normalização educativa que se fazia presente na Higiene, quando essa era uma disciplina no século XIX e começo do século XX, a que Arouca (1975) vincula o nascimento da Medicina Preventiva (NOGUEIRA, 2003). Dessa forma, a Promoção da Saúde não deixa de ser um projeto similar de medicalização da totalidade da existência humana e não só da dimensão da doença; medicalização que dispensa a figura do médico, pois molda a cultura cientificista a seus propósitos, afetando diretamente o modo como as pessoas cuidam de sua saúde (NOGUEIRA, 2013) e, na expressão de Arouca (1975), seus modos de andar a vida. Daí, compreende-se que a Promoção da Saúde não se separou da Medicina Preventiva. De fato, o que se tem é uma **atualização** do discurso da Promoção da Saúde face ao da Medicina Preventiva, dado o contexto histórico que exigiu essa configuração. Devido à crise econômica e ao aumento dos custos da atenção médica, foi imposta uma reestruturação que correspondesse às exigências do ideário neoliberal. Aí é que a Promoção da Saúde se constituiu de forma funcional sob essa lógica, posto que a partir desse discurso, foi mudado o foco do cuidado médico centrado na relação médico-paciente para um

processo de individualização crescente, centrado nas responsabilidades individuais como prerrogativa para atingir um adequado nível de saúde, prescrito a partir de um conjunto de conceitos estratégicos para a implementação dessa abordagem. Conceitos que vão além do campo da saúde, correspondendo a uma ampla reforma do aparelho de Estado dos diversos países, principalmente, dos subdesenvolvidos.

Ademais, há de se considerar que o discurso preventivista tinha como objetivo promover uma nova atitude do profissional médico, tornando-o central na relação médico-paciente a partir de uma reestruturação curricular do ensino médico, ou seja, a Medicina Preventiva se propôs a ser um projeto alternativo, constituindo-se em uma nova disciplina da Medicina. Portanto, para atingir esse objetivo, partiu para uma reformulação das Escolas de Medicina de diversos países. Na Promoção da Saúde não houve essa construção de uma disciplina, porém, direcionou-se como projeto, apresentando-se como uma ampla estratégia prescritiva e normativa destinada a uma reestruturação do aparelho de Estado dos países, mais precisamente, uma reconfiguração dos governos, ao considerá-los essenciais para o processo de instauração de suas diretrizes. Esse é, então, o movimento que fez com que a Medicina Preventiva alcançasse, nos anos recentes, notável popularidade e sucesso através da sua variação, a Promoção da Saúde que faz uma atualização dos preceitos da própria Medicina Preventiva para corresponder às exigências do neoliberalismo.

Diante do exposto até aqui, se na Medicina Preventiva ficou evidente a existência do dilema preventivista (AROUCA, 1975), a Promoção da Saúde não escapa ao dilema promocionista. E aqui reside a centralidade da Tese de Arouca (1975) para esse trabalho. Como a Promoção da Saúde é uma atualização do discurso da Medicina Preventiva, não há rompimento com a contradição fundamental da Medicina, conforme foi demonstrado por Arouca (1975), porém, ao contrário, a articulação da Medicina com o modo de produção capitalista é fortalecida. A saúde, que é valor de uso para os seres humanos, continua sendo transformada em valor de troca. Na análise de Arouca (1975), o autor demonstrou que, na relação centrada no médico-paciente, o cuidado médico contribui para a recuperação e manutenção da força de trabalho e, ao fazer isso, contribui para a perpetuação dessa relação de troca, sendo funcional ao modo de produção capitalista. Na Promoção da Saúde, o enfoque dos cuidados sob a responsabilidade do indivíduo não diminui essa contradição, porém, ao contrário, ela a aprofunda, na medida em que as pessoas são convertidas em empresárias de si mesmas. O cuidado não depende, na Promoção da Saúde, apenas da figura médica, mas essencialmente, do indivíduo, sendo ele o responsável por sua saúde e, ao mesmo tempo, por

sua condição social. Ou seja, ao focar no indivíduo como principal responsável por sua saúde, a relação entre capital e trabalho fica obscurecida na aparência das relações sociais, porém mantém as relações de classe. Sob o discurso da Promoção da Saúde, a medicalização é ampliada, ao taxar um conjunto de hábitos saudáveis aos indivíduos, mantendo, assim, a reprodução e manutenção da força de trabalho a ser consumida no processo produtivo.

Em última análise, a Promoção da Saúde é uma atualização da Medicina Preventiva, mantendo os preceitos que transformam um valor de uso, que é a saúde, em valor de troca, mediado por relações sociais subordinadas à lógica do mercado. Ao fazer isso, reforça a articulação da Medicina com o modo de produção capitalista, aprofundando sua contradição, sem que consiga oferecer um projeto alternativo de mudança.

CONCLUSÕES

Na construção da Tese de Arouca (1975), o autor fez uma aproximação entre o projeto arqueológico de Foucault (2008) e a Ciência da História que lhe possibilitou estabelecer as relações entre a prática discursiva da Medicina Preventiva e a análise em diferentes instâncias de um modo de produção determinado, o capitalismo. Em última análise, situou o extra discursivo como sendo o próprio objeto do Materialismo Histórico, servindo como referência geral para situar o discurso da Medicina Preventiva que se articulou com instâncias de uma dada formação social. Esse instrumental teórico utilizado por Arouca (1975) lhe permitiu o afastamento das sucessões cronológicas, da determinação das influências dos sujeitos, das análises de conteúdo, para uma aproximação de um fato social em toda sua especificidade – a emergência e constituição do movimento preventivista. Esse afastamento cronológico, e o estudo da especificidade da Medicina Preventiva, apontou que o movimento preventivista não existiu em uma singularidade única, ou seja, fez parte de um movimento geral que instituiu relações específicas entre a ciência e o saber por uma via disciplinar, tendo como função fundamentar as relações que essas ciências mantêm com as necessidades geradas no interior de uma formação social subordinada ao capitalismo.

A compreensão dessa especificidade do trabalho de Arouca (1975), a partir do estudo de sua Tese, me possibilitou o questionamento em relação ao movimento da Promoção da Saúde, amplamente divulgado atualmente, tido como uma das principais bandeiras em todo o mundo para o campo da saúde e, especificamente, para os países subdesenvolvidos, seja no espaço privado ou no espaço público, através de políticas sociais. Apresentado como uma grande inovação a partir da década de 1970 por países do centro capitalista e agências internacionais, o movimento da Promoção da Saúde é afirmado sob uma perspectiva de evolução histórica da saúde que é constantemente revista e ampliada, afirmando, em seu discurso, uma pretensão quase finalística do desenvolvimento de boas práticas de saúde, segundo a imposição de hábitos saudáveis, os quais devem ser colocados em prática, no plano individual, para que se alcance um adequado nível de vida e saúde.

Sob essa pretensão do campo discursivo da Promoção da Saúde, o exercício que faço nesse trabalho é o de questionamento a respeito dessa sucessão cronológica afirmada no plano internacional. Compreende-se que a Promoção da Saúde faz uma atualização do discurso preventivista a partir das exigências de um contexto histórico específico, mais precisamente, correspondendo às exigências do neoliberalismo. Dessa forma, o resgate e estudo da Tese de

Arouca (1975) me permitiu responder à pergunta desse trabalho, ou seja, como aconteceu a atualização do discurso da Medicina Preventiva para o da Promoção da Saúde, evidenciando que a categoria dilema preventivista configura, na Promoção da Saúde, o dilema promociionista.

Arouca (1975) demonstrou que a Medicina Preventiva, como projeto de mudança da prática médica, representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos, iniciado na década de 1940, e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e do poder médico. Como disciplina do ensino médico, se configurou como um movimento ideológico que tinha como projeto uma mudança da prática médica por meio do profissional médico, imbuído de uma nova atitude formada pelas Faculdades de Medicina. Assumindo o espaço deixado pela Higiene, inverteu a normalização das atitudes dos indivíduos para a normalização da conduta profissional, incorporando a cultura higiênica que deveria ser difusa no espaço social e no cuidado médico. Através dos conceitos básicos do discurso preventivista, assumiu os preceitos da História Natural das Doenças, desenvolvida por Leavell e Clarck (1976), fazendo com que a Medicina Preventiva operasse como um modelo reorganizador do conhecimento médico ao assumir a multicausalidade, que representou uma simplificação do real e um afastamento das determinações do processo saúde-doença. Por meio dos conceitos estratégicos (integração, inculcação e mudança), a Medicina Preventiva articulou-se com a sociedade que, em sua totalidade, esteve relacionada a um modo de produção específico, o capitalismo.

Para apanhar a especificidade da Medicina Preventiva, Arouca (1975) analisou a articulação da Medicina com a sociedade, partindo de sua unidade mais simples, o cuidado médico. Ao adentrar nessa relação, o autor evidenciou que o cuidado médico possui uma dupla característica: a de ser um processo de trabalho com o objetivo de intervenção sobre os valores vitais do ser humano; e de ser uma unidade de troca, na medida em que, ao atender as necessidades humanas, atribui, social e historicamente, um valor. As características básicas do cuidado definem um espaço no qual se encontra a contradição fundamental da Medicina: ter como objeto valores vitais que, para os seres humanos, são valores de uso no processo da vida, transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista (AROUCA, 1975). Como o cuidado médico é o que define o caráter do trabalho médico, este participa diretamente da organização do processo produtivo capitalista, visto que proporciona a manutenção e recuperação da força de trabalho, mantendo-a em condições de ser consumida, no processo produtivo. Assim, enquanto projeto, a introdução das medidas preventivas no cuidado médico exige que essa medida adquira valor de troca, impostas pela lógica da produção.

Dessa forma, dada essa articulação com o processo produtivo do capitalismo, a Medicina Preventiva não superou a contradição fundamental da Medicina, que é transformar um valor de uso em valor de troca. Essa é a centralidade do trabalho de Arouca (1975), evidenciando a existência do dilema preventivista, apontando que a Medicina Preventiva como projeto de mudanças é falha, pois não rompe com a contradição fundamental existente, configurando-se, então, apenas no mundo das representações e não como prática concreta.

O resgate da categoria dilema preventivista permitiu evidenciar que a Promoção da Saúde não rompe com a contradição fundamental da Medicina. Embora a Promoção da Saúde tenha sido divulgada como uma inovação para o campo da saúde, ela não é uma inovação em relação ao dilema preventivista, portanto, não passa de uma atualização da Medicina Preventiva. Ela mantém a mesma configuração das medidas preventivas, visto que não escapa ao esquema desenvolvido na História Natural das Doenças, atendo-se no nível primário, conforme apresentado por Leavell e Clark (1976), quando abordaram o modelo da Medicina Preventiva. De fato, o que o movimento da Promoção da Saúde faz ao definir em seus conceitos a delegação ao indivíduo como principal responsável por sua condição de saúde, tratando-o como empresário de si mesmo, é aprofundar as contradições da relação capital-trabalho, dando a impressão, na aparência das relações sociais, de que elas não existem.

Quando se faz a apreensão proposta por Arouca (1975) de afastamento de uma suposta sucessão cronológica, fica evidente que a Promoção da Saúde correspondeu às exigências de uma nova etapa do capitalismo, a do neoliberalismo. Aparece e é desenvolvida em resposta ao novo contexto, afirmando-se como um processo inovador. Na verdade, não passa de uma atualização das medidas preventivas, que não ficam centradas na construção de uma nova disciplina, porém em uma ampla estratégia com o intuito de uma reforma estrutural, essencialmente, correspondendo à reforma do aparelho de Estado, como previsto pelo neoliberalismo. Portanto, ao não escapar às contradições da Medicina, da transformação da saúde em um valor de troca, fica evidente a permanência do dilema, agora, do dilema promocionista.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2007. 166f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Minas Gerais, 2007.
- AROUCA, Sérgio Antônio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 261 f. Tese. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, Jul/Set 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no Projeto de Promoção da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 1088-1095, Jul/Ago 2004b.
- CASANOVA, P. G. *Sociologia de la Explotación*. 3. ed. México: SIGLO XXI, 1971.
- ENTRALGO, Pedro Lain. *Historia de la medicina: medicina moderna y contemporanea*. Barcelona: Editorial Cientifico Medica, 1954.
- FIOCRUZ. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. 2015. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 20 dez. 2015.
- FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2008.
- FOUCAULT, Michel. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. In: *Organizacion Panamericana de la Salud. Medicina e História: el pensamiento de Michel Foucault*. 1978a.
- FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. In: *Organizacion Panamericana de la Salud. Medicina e História: el pensamiento de Michel Foucault*. 1978b.
- HARVEY, David. *Para entender O Capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss et al. *Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas concepções*. Florianópolis: Texto e Contexto Enfermagem, 2006.
- KLOETZEL, Kurt. *As bases da medicina preventiva*. São Paulo: EDART, 1973.
- LABONTE, Ronald. *Health Promotion & Empowerment: Practice Frameworks*. Canada. 1993.
- LALONDE, Marc. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, 1974.

LEAVELL, H; CLARCK, E. G. Medicina Preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 1976.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Boitempo, 2013.

NOGUEIRA, R. P. Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora. In: AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina. São Paulo: FIOCRUZ, 2003.

OMS. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata. URSS, 1978a.

_____. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS, 1978b.

PEIXOTO, A. Tratado de medicina pública. Rio de Janeiro: FRANCISCO ALVES, 1938. *apud* AROUCA, Sérgio Antônio da Silva. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 261 f. Tese. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

PUELLO-SOCARRÁS, José Francisco. Nueva Gramática del Neo-liberalismo. Itinerarios teóricos, trayectorias intelectuales, claves ideológicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, 2008a.

PUELLO-SOCARRÁS, José Francisco. ¿Un Nuevo Neo-liberalismo? Emprendimiento y Nueva Administración de lo público. Revista Administración & Desarrollo. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública, n. 49, 2008b.

PUELLO-SOCARRÁS, José Francisco. Ocho tesis sobre el neoliberalismo (1973-2013). In RAMÍREZ, Hernán. O neoliberalismo Sul-americano em clave transnacional: enraizamento, apogeu e crise. São Leopoldo: Oikos - Unisinos, p. 13-57, 2013.

PUELLO-SOCARRÁS, José Francisco; GUNTURIZ, Maria Angelica. ¿Social-neoliberalismo? Organismos multilaterales, crisis global y programas de transferencia monetaria condicionada. Política y Cultura. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, n. 40, p. 29-54, 2013.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da. **Os sentidos & disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2012. 131f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

TESTA, Mario. Pensar en salud. Organizacion Panamericana de la Salud. 1990.

WHO. Plan of Action Implementing the Global Strategy for Health fo All. Geneva, 1982.

WILLIANSON, John. A Short History of the Washington Consensus. Barcelona: Fundación Cidob, 2004. Disponível em: < <http://www.iie.com/publications/papers/williamson0904-2.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Marcia Faria. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o ponto de vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/04.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.