

MARCUS VINÍCIUS CAMPOS

*O CONCEITO DE PREVENÇÃO NO DISCURSO DA
ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE*

CAMPINAS

2002

MARCUS VINÍCIUS CAMPOS

***O CONCEITO DE PREVENÇÃO NO DISCURSO DA ORGANIZAÇÃO
PAN AMERICANA DA SAÚDE***

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pos-Graduação da Faculdade de Ciências
Médica da Universidade Estadual de
campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva*

Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

CAMPINAS

2002

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C157c Campos, Marcus Vinicius
O conceito de prevenção no discurso da Organização Pan
Americana da Saúde. / Marcus Vinicius Campos. Campinas, SP :
[s.n.], 2002.

Orientador : Everardo Duarte Nunes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Promoção da saúde. 2. Análise do discurso. 3. Saúde
pública. 4. Educação médica. I. Everardo Duarte Nunes. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

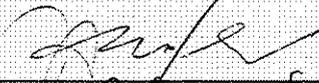
Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

Membros:

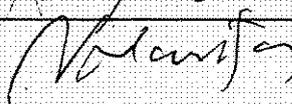
1. Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes



2. Prof. Dr. Sebastião Jorge Chammé



3. Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/10/2002

FTS16000

*Dedico este trabalho ao meu
Pai, Vicente minha Mãe, Haide
e minha irmã, Najla, que são
as luzes de meu candeeiro
encantado.*

Ao encerrar o presente trabalho, não posso deixar de expor a satisfação de perceber como vários Seres de Luz estiveram ao meu lado, ao longo dessa trajetória.

Agradeço ao **Pai Celestial**, por me conceder a vida e, com ela, a permissão de servir o próximo através da minha profissão.

Everardo Duarte Nunes, por sua orientação séria, crítica e construtiva, apresentou-se como mais um motivo para que eu admirasse sua competência, generosidade e profissionalismo. O carinho e a amizade existente entre nós teceram, sem dúvida, os melhores momentos de nossa convivência.

Agradeço aos examinadores, Prof. Dr. **Nelson Rodrigues dos Santos**, Prof. Dr. **Sebastião Jorge Chammé**, Prof. Dr. **Carlos Roberto Silveira Corrêa**, pela leitura cuidadosa e pelas sugestões que me fazem compreender o processo de qualificação e de defesa como mais uma instância do fazer e apreender a paisagem sociológica, e não como seu fim.

Agradeço à **família Campos**, meu porto seguro.

Waldir Sabino (In memória), uma referência de humanismo na área da saúde.

Heloisa Helena Siqueira Correia, por me mostrar o *Reino das Águas Claras* e, com ele, *Manoel de Barros*.

Isabela Soares Santos, pelos anos de amizade, carinho e solidariedade.

Élida Henggnigton, uma grande luz no meu caminho.

Adriana Bastos, por nossa amizade e pelo pé no chão.

Alexandre Diotto Lirani, por sua força e amizade.

Ecilda Nunes, pela cuidadosa correção e por seu imenso carinho.

Nelson Felice de Barros, pelo companheirismo, amizade e chás da tarde.

Marcelo Castellanos, por sua transparência e solidariedade.

A todos os meus **amigos**, que me trouxeram um facho de luz no decorrer desta trajetória.

À **música**, pelo sopro de vida que me traz a cada dia.

À **CAPES**, pela bolsa de pesquisa.

“ Abriu a porta de casa. A sala era grande, quadrada, as maçanetas brilhavam limpas, os vidros da janela brilhavam, a lâmpada brilhava – que terra nova era essa? E por um instante a vida sadia que levara até agora pareceu-lhe um modo moralmente louco de viver “

Clarice Lispector

	PAG.
RESUMO	xv
ABSTRACT	xix
INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO I	29
Um olhar sobre a história social da saúde/prevenção.....	31
CAPÍTULO II	65
Um breve histórico da Organização Pan-Americana da Saúde.....	67
CAPÍTULO III	87
A Arqueologia de Michel Foucault: Um caminho para analisar o discurso da prevenção.....	89
CAPÍTULO IV	109
Análise Conceitual da Prevenção.....	111
CAPÍTULO V	141
Discurso pedagógico da prevenção.....	143
CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
A prevenção e uma nova perspectiva.....	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
ANEXOS	191



RESUMO

O conceito de prevenção no discurso da Organização Pan-Americana da Saúde

O principal objetivo desta pesquisa é situar a construção e as transformações do conceito de prevenção no discurso da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Para isto, será adotada uma perspectiva histórica, analisando os últimos 50 anos do século passado (1950-2000), por meio da metodologia arqueológica de Michel Foucault. O levantamento da produção científica da OPAS baseia-se na análise documental dos periódicos: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Educación Médica y Salud e Revista Panamericana de Salud Pública.

Palavras-chave: OPAS; Prevenção; Medicina Preventiva; Promoção da Saúde; Formação Discursiva; Enunciado.

Código da Especialidade: 7.02.06.00-7



ABSTRACT

The concept of prevention in the Pan American Health Organization

The main goal of this survey is to situate the construction and transformation of the prevention concept in the speech of the Pan American Health Organization (PAHO). For this, a historical perspective will be adopted, analyzing the last 50 years of the last century (1950-2000) through the archaeological methodology of Michael Foucault. The survey of PAHO scientific production is based on the periodical document analysis: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Educación Médica y Salud e Revista Panamericana de Salud Pública.

Key Words: PAHO; Preventive Medicine; Promotion of Health; Archaeological analysis.



INTRODUÇÃO

Desde o início da humanidade, o ser humano adota práticas e medidas preventivas no decorrer de sua formação histórica coletiva, importantes para a sua sobrevivência.

Partindo destas medidas preventivas, que se constituíram historicamente, adotamos o conceito de prevenção como centro desta pesquisa e que deu origem a esta dissertação de mestrado. O campo para esta investigação está baseado no discurso de prevenção da Organização Pan-Americana da Saúde. Tivemos como objetivo investigar a formação do conceito nos periódicos da Organização Pan-americana da Saúde (*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*; *Educación Médica y Salud* e *Revista Panamericana de Salud Pública*), no período de 1950-2000, período este que foi escolhido por representar momento de grande transformação no que se refere às práticas preventivas em saúde.

O diálogo que se constitui com o conceito não se separa das transformações sociais que estavam ocorrendo no período escolhido, daí a necessidade de realizar uma breve abordagem histórica em diversas fases, articulando-se em um contexto amplo com as práticas preventivas.

Assim sendo, além de comentar a questão da prevenção e demonstrar como suas representações aparecem grafadas nas páginas das revistas, nos preocupamos com a compreensão global da utilização do conceito em relação ao contexto histórico social, nos seus diversos debates. Colocar em debate a prevenção, é, em si, um deslocamento importante na investigação de como ela foi representada no Continente Americano. Se a prevenção foi o sujeito do discurso, ocupou sempre uma posição central produtora de representações e detentora de determinações sociais no campo da saúde, a partir dos questionamentos políticos gerados pela modernização da sociedade no continente Americano e pelos movimentos sociais referentes à saúde, onde o conceito torna-se importante objeto de discussão.

Desta maneira, o conceito de prevenção torna-se em, um primeiro momento, muito instigante, tanto que a maioria dos artigos dos periódicos da OPAS, da década de 50, volta-se para a Medicina Preventiva, Educação Médica e campanhas preventivas.

Quando falamos em prevenção, não estamos nos referindo a nenhuma ação inerente a um sujeito, mas às práticas coletivas por ela representadas. A noção de discurso

como prática social foi central na compreensão dos processos de investigação, onde o período escolhido para análise, 1950-2000, é conturbado política e socialmente. O pressuposto aqui defendido é que o conceito de prevenção passa por muitas fases em sua formação, principalmente a partir de sua institucionalização, onde o conceito vai sofrendo um esgotamento parcial, dando espaço para a promoção da saúde. Não é nosso objetivo responder a todas essas questões, mas utilizar a idéia de discurso como prática social, transcendendo a oposição entre ideologia e realidade.

Pensando nestas questões, optamos por investigar *O conceito de prevenção no discurso da Organização Pan-Americana da Saúde*. Verificamos que vários pesquisadores já haviam se proposto a investigar de alguma maneira esta problemática da prevenção, como a obra clássica de Leavell & Clark (1976), Juan César García (1971), Sérgio Arouca (1975), Antonio Augusto F. Quadra (1983), José Ricardo Ayres (2000), Carmen Teixeira (2000), dentre outros, contribuindo para o processo de compreensão da genealogia deste campo. Mesmo com antecedentes importantes, percebemos que poderíamos retomar o tema, circunscrevendo o estudo da prevenção no âmbito institucional da OPAS.

Tendo o continente americano como marco de referência, pretendemos compreender a utilização do conceito como estratégia e modelo, por meio das publicações científicas desta centenária organização (OPAS).

Consideramos relevante estudar este tema porque ainda não foi realizada uma pesquisa documental sobre o conceito de prevenção encontrado nas publicações científicas da Organização Pan-Americana da Saúde, e, principalmente, pelo fato do conceito ter servido de modelo para tal organização durante a construção de sua história.

Elegemos para este trabalho as publicações científicas da Organização Pan-Americana da Saúde (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Educación Médica y Salud e Revista Panamericana de Salud Pública), delimitamos o período compreendido entre 1950 e 2000, por ser um período em que o conceito de prevenção adquiriu força a ponto de institucionalizar-se, ao mesmo tempo em que a OPAS, a partir do pós guerra, tornou-se centro de referência no que se refere às questões de saúde.

Ordenamos a exposição através de capítulos, conforme segue:

- O capítulo “*Um olhar sobre a história social da saúde/prevenção*” busca descrever e apresentar um pouco da história do conceito da prevenção, abordando, de maneira geral, como as práticas preventivas sucederam-se no decorrer da formação histórica dos diversos grupos sociais. Não houve a pretensão de fazer uma abordagem exaustiva do conceito neste capítulo, mas delinear o início do processo arqueológico.

- No capítulo “*Um breve histórico da organização Pan-Americana da Saúde*”, preocupamos-nos com a formação histórica da OPAS, desde o início do século passado até os dias atuais, objetivando situar o leitor na formação institucional da OPAS.

- O capítulo “*A arqueologia de Michel Foucault: Um caminho para analisar o discurso de prevenção*” descreve a articulação teórica proposta. O método arqueológico de Foucault foi utilizado, não em toda a sua extensão e não comparado com trabalhos do porte de um estudo como a *História da Loucura* (Foucault, 1987), de um *Nascimento da Clínica* (Foucault, 1994), ou, ainda, de *As palavras e as coisas* (Foucault, 1990), obras nas quais o autor utilizou e desenvolveu o método arqueológico, mas a partir dos conceitos centrais de “formação discursiva” e “enunciados”, que nos permitem saber as regras de coexistência dos saberes e dos poderes que, sob a forma de enunciados, compõem a formação discursiva do conceito de prevenção, a partir da OPAS.

- O capítulo “*Análise Conceitual da Prevenção*” tem como principal objetivo situar o surgimento da formação discursiva em questão, através dos artigos publicados nos periódicos da OPAS. A partir desta análise, foi possível compreender, na investigação e campanhas, como o conceito foi utilizado no recorte histórico eleito.

- O capítulo “*O discurso pedagógico da prevenção*” analisa a formação discursiva do conceito na prática pedagógica das escolas de medicina americanas. Neste período, o conceito encontra-se no limiar de sua positividade, institucionalizando-se e gerando os departamentos de medicina preventiva na América do Norte e, posteriormente, em todo o continente americano. Diversos seminários e conferências foram realizados no primeiro período de sua institucionalização.

- O capítulo “*A prevenção e uma nova perspectiva*” aponta para algumas conclusões e considerações finais, além de apontar possibilidades de pesquisas que se abrem como continuidade deste esforço teórico-empírico para dar conta do objeto proposto.

- Nos anexos, o leitor encontrará o material utilizado para a investigação, ou seja, os artigos selecionados dos periódicos da OPAS, além do cronograma de atividades desenvolvidas pela instituição.



CAPÍTULO I

Um olhar sobre a história social da saúde/prevenção

Refletir sobre nossa vivência cotidiana de forma não linear é uma tarefa complexa, principalmente na medida em que se abrem possibilidades de reavaliarmos e transformarmos algumas de nossas posições, calcadas nas estruturas que estabelecem as ações que passam a rotinizar nosso cotidiano, tornando quase imperceptíveis os mecanismos bio-psico-sociais que vinculam nossas experiências pessoais.

Através desta não *linearidade* é que pretendemos investigar o conceito de prevenção que navega através da história da humanidade, tornando-se necessário que se repense, mesmo de maneira geral, alguns momentos da história deste conceito.

Arouca (1975), citando Foucault, mostra-nos que *a história das idéias não se faz a partir de uma procura das origens, dos precursores, ou, enfim, dos começos* (p. 3); porque a história de um conceito e de seus diversos campos de constituição e de validade constróem-se histórica e socialmente. Trata-se de determinar em que contexto social ele se desenvolve e a que tipo de racionalidade pertence. Por exemplo: na obra *O século do cirurgião*, Jurgen Chorwald situa o conceito de desumano e horrível que, segundo o autor, muda de época para época.

“Naquele tempo, um homem como o Dr. John Collins Warren não nos causava a impressão de um açougueiro, e sim de um herói, bastante forte e estóico para encarar o mais terrível sofrimento humano, ministrando o que em muitos casos era a única ajuda que havia a oferecer (1959: 175).”

Assim como os conceitos mencionados acima, o conceito de prevenção muda de época para época, tornando-se necessário elaborar uma breve abordagem do conceito para nos situarmos historicamente nesta investigação.

Civilizações Primitivas

O período compreendido entre 10.000 e 5.000 a.C (paleolítico) até as primeiras civilizações da Antigüidade (neolítico) agrupa duas formas de sociedade: comunal primitiva e o início da escravista na sua primeira forma. O que diferencia esses períodos é a relação do homem com a terra e seu desdobramento em termos de desenvolvimento da agricultura (Ibáñez & Marsiglia 2000; Bernal, 1973).

Desde o início da humanidade, o ser humano preocupa-se, e muito, com o momento e o modo de enfrentar a morte, vencer as doenças e conseguir, principalmente, preveni-las para que o agente etiológico não se hospede no organismo. As doenças eram consideradas um sinal de cólera divina e, com o auxílio da natureza, o homem conseguia deter este castigo através de rituais xamânicos e animistas; o feiticeiro utilizava-se de produtos de origem mineral, animal ou vegetal para concretizar seus rituais na luta pela sobrevivência.

Estudos em sepulturas de homens pré-históricos revelam-nos fatos bem interessantes, pois não somente foram encontrados ossos fossilizados dos nossos antepassados, como esses ossos mostram sinais evidentes das doenças que os afligiam, assim como os tratamentos com que procuraram debelá-las; essas escavações nada revelaram sobre práticas terapêuticas utilizadas pela civilização neolítica, mas mostram algumas intervenções cirúrgicas pelos traços deixados nos esqueletos; por exemplo, a redução das fraturas. Os doentes deviam ser tratados com muito cuidado, sendo na maioria das vezes pacientes muito jovens, pois a espessura dos ossos cranianos encontrados não era muito grossa. No museu Etnológico de Berlim existe um crânio pré-histórico que apresenta um orifício, correspondendo a uma trepanação, provavelmente realizada por um feiticeiro tribal. Portanto, as práticas terapêuticas e a prevenção podem ser tão antigas como os preceitos de higiene (Paula, 1962; Scliar, 1987).

O conceito de prevenção é, ao mesmo tempo, múltiplo e fabuloso. Múltiplo pela sua capacidade de diversidade de abordagens, o conceito pode abranger aspectos sociais, culturais, históricos, médicos e epidemiológicos. Fabuloso porque, ao trilharmos historicamente os sentidos do “adoecer” e do “morrer”, e por conseguinte do “evitar a doença e a morte”, nos deparamos com narrativas que se baseiam no concreto e no

imaginário, cercadas de convicção nas forças “do mal” e “do bem” arrastando, em suas essências, “o doentio” e o “salutar”. No mundo bíblico e medieval, é interessante observar que estas polaridades se cruzam: “bem/mal” e “doentio/salutar” relacionam-se no âmbito de divindades celestiais ou diabólicas, numa união que parece querer transparecer uma parceria (Lopes,1999).

A dimensão fabulosa do conceito está ligada ao modo de pensar mágico, anterior ao surgimento e desenvolvimento do pensamento racional e científico. As primeiras características do mágico segundo Entralgo são:

“a) a convicção de que os fenômenos naturais, sejam favoráveis, como a boa chuva, ou nocivos, como as enfermidades, são produzidos pela ação de entidades – forças, invisíveis para o homem e essencialmente superiores; b) a certeza de que as ações dessas entidades – forças possam ser manejadas em alguma medida pelos homens através de ritos (formas de conjuros, rezas, encantamentos, sacrifícios, etc), de poderes ou virtudes especiais dos homens que os pratiquem (mago, feiticeiro etc) ou lugares em que se executam (lugares especialmente privilegiados: ilhas, fontes etc.)”
(Entralgo, 1983:7).

O desenvolvimento da medicina sacerdotal nasce no transcorrer do desenvolvimento da medicina primitiva, instintiva, preventiva, empírica e mágica, segundo Castiglione:

“Com o desenvolvimento da religião, para satisfazer uma necessidade tribal coletiva, organizam-se castas em que a prática da medicina mágica conservou-se como um segredo tradicional, possuindo a vantagem muito grande de se atribuir um conhecimento de forças superiores, benéficas ou malignas (1947:33)”

As sociedades organizadas em aldeias e, posteriormente, a formação de cidades, também o domínio dos povos, por intermédio das guerras pela posse da terra, originam um novo quadro de epidemias. Por outro lado, as enfermidades derivadas de carências nutricionais diminuem graças à maior disponibilidade e variedade de alimentos; as doenças hereditárias também decrescem, em virtude da reprodução por encontro de famílias

distintas geneticamente. O desenvolvimento demográfico tornou o ambiente propício ao surgimento de vários surtos epidêmicos, tornando-se mais aguda e perceptível a morbimortalidade (Ibáñez & Marsiglia: 2000).

Condutas preventivas no universo bíblico

Na história dos povos das civilizações antigas, em que a medicina era religiosa e mágica, encontram-se relatos de medidas para evitar doenças. As causas sobrenaturais sempre estiveram presentes entre os grupos sociais, tanto primitivos quanto contemporâneos, como vingança de divindades ofendidas ou possessões por maus espíritos (teoria teúrgica ou demoníaca), crença apresentada por Lutero, no século XVI. De acordo com a interpretação literal da Bíblia, ao citar as palavras de Jeová, no capítulo 15 do Êxodo, v. 26 “Se obedeceres à voz do Senhor teu Deus e obrares o que é reto diante dos olhos, e obedeceres aos seus mandamentos, e guardares todos os seus preceitos, eu não enviarei sobre ti alguma das enfermidades que mandei contra o Egito: porque eu sou Senhor que te sara”. Evidente que não é difícil aos que crêem adotarem interpretações simplistas para as passagens Bíblicas.

Temos também a história de Jó, homem de grande virtude, que vivia na cidade de Uz; este era sincero, reto e temente a Deus e desviava-se do mal. Tinha sete filhos e três filhas, sete mil ovelhas, três mil camelos e quinhentas juntas de bois, quinhentas jumentas; tinha um grande número de empregados, de maneira que este homem era maior que todos do oriente. Mas eis que, um dia, Jó perde tudo que tem, filhos, propriedades e principalmente sua saúde.

A adversidade e cruel aflição de Jó

E vindo outro dia, em que os filhos de Deus vieram apresentar-se perante o Senhor, veio também Satanás entre eles apresentar-se perante o Senhor. Então o Senhor disse a Satanás: Donde vens? E respondeu Satanás ao Senhor, e disse: De rodear a terra, e passear por ela. E disse o Senhor a Satanás: Observaste o meu servo Jó? Porque não há na terra semelhante a ele, homem sincero e reto, temente a Deus, desviando-se do mal, que ainda retém a sua sinceridade, havendo tu incitado contra ele, para o consumir sem causa. Então Satanás respondeu ao senhor: Pele por pele, e tudo quanto o homem tem dará pela sua vida. Estende, porém, a tua mão, e toca-lhe no osso, e na carne, e verás se não blasfema de ti na tua face! E disse o Senhor a Satanás: Eis que ele está na tua mão; poupa, porém, a sua vida. Então saiu satanás da presença do Senhor, e feriu a Jó duma chaga maligna, desde a planta pé até ao alto da cabeça. Jó tomando uma pedaço de telha para raspar com ele as feridas, assentou-se no meio da cinza. Então sua mulher lhe disse: ainda reténs a tua sinceridade/amaldiçoa a Deus e morre. Mas ele lhe disse: Como fala qualquer doida, assim falas tu; recebemos o bem de Deus, e não receberíamos o mal? Em tudo isto não pecou Jó com seus lábios. Ouvindo pois três amigos de Jó todo este mal que tinha vindo sobre ele, vieram, cada um do seu lugar: Elifaz o temanita, e Bildade o suíta, e Sofar o naamatita, e concertaram juntamente virem condoer-se dele, e consolá-lo.

E, levantando de longe os seus olhos e não o conhecendo, levantaram a sua voz e choraram; e rasgando cada um o seu manto, sobre as suas cabeças lançaram pó ao ar. E se assentaram juntamente com ele na terra sete dias e sete noites; nenhum lhe dizia palavra alguma, porque viam que a dor era muito grande. (Bíblia. 1969: 574-575,).

A parábola de Jó é muito interessante para ilustrar essa sombra que existe entre a medicina religiosa e mágica, o “bem e o mal”, o “adoecer e o salutar” , o “prevenir e o remediar”. Podemos dizer que Jó foi precavido em não amaldiçoar seu Deus e, posteriormente, foi recompensado em dobro daquilo tudo que possuía, e depois viveu Jó cento e quarenta anos; e viu a seus filhos, e aos filhos de seus filhos, até a quarta geração. Então morreu Jó, velho e farto de dias.

A comunidade Essênia que habitava a Jordânia em 200 a.C era motivo de grande curiosidade para os Palestinos. Estes, acostumados ao curandeirismo local, que consistia em feitiçarias, conjuros em voz alta, fórmulas mágicas, sons estridentes de

instrumentos musicais e aplicação de medicamentos muito fortes, espantavam-se quando os Essênios dirigiam-se aos enfermos em voz suave e empregavam certos sons vocais, sem caráter de fórmulas, e por vezes faziam curas surpreendentes, através da simples imposição das mãos sobre o enfermo, ou dizendo-lhe que se retirasse para o silêncio da sua casa, e dormisse, enquanto a cura era realizada de maneira psíquica (Lewis, 1979).

Muitas medidas de repercussão sanitária são encontradas na Bíblia, por exemplo, um animal não poderia ser abatido por pessoas que tivessem doenças de pele ou fossem corcundas (talvez para evitar que um portador de tuberculose manipulasse a carne para alimentação). No que diz respeito à alimentação, os moluscos eram proibidos; desta maneira, certas doenças como, por exemplo, a hepatite transmitida por ostras, eram evitadas. Temos também as providências ditadas por Moisés: sobre a conservação de alimentos pela cocção (Lev.cap.2, 16) *Assim o sacerdote queimara o seu memorial do seu grão trilhado, e do seu azeite, com todo o seu incenso: oferta queimada é ao seu Senhor;* sobre o destino adequado das excreções (Deut. Cap. 23, 12:13) *Também terás um lugar fora do arraial; e ali sairás fora. E entre as tuas armas terás uma pá; e será que, quando estiveres assentado fora, então com ela cavarás e, virando-te, cobrirás aquilo que saiu de ti;* a higiene em relação ao vestuário (Êxodo. cap.19, 10) *Disse também o senhor a Moisés: vai ao povo, e santifica-os hoje a amanhã, e lavem eles os seus vestidos;* sobre o asseio corporal (Lev.Cap.15,19e28) *Mas a mulher, quando tiver fluxo, e o seu fluxo de sangue estiver na sua carne, estará sete dias na sua separação, e qualquer que a tocar será imundo até a tarde. Porém, quando for limpa do seu fluxo, então se contarão sete dias, e depois será limpa.* Essas medidas de caráter incontestavelmente sanitário eram, todavia, parte de um código religioso, assim como associadas a fatores morais (Vieira, 1944). Não podemos esquecer que Moisés peregrinou 40 anos no deserto com seu povo em busca da Terra Prometida; em função disto, pode-se imaginar como eram as condições sanitárias naquele período histórico. Se as transgressões eram punidas como ofensa à divindade, indicava-se aos grupos sociais meios preventivos contra determinadas infecções.¹

¹ Moisés não pode ser considerado apenas um administrador de saúde pública, ele é um líder espiritual. A este respeito ver Douglas, 1976.

Condutas preventivas na cultura egípcia

Encontramos na história referências à existência de *condutas preventivas* utilizadas no âmbito da prática individual e de *medidas preventivas* propostas aos grupos sociais, com a finalidade de preservar a saúde e evitar as doenças. Pinturas egípcias de cerca de 2500 a.C. apresentam atividades referentes a esta área, como, também, os papiros dão conta das adiantadas cirurgia e farmácia egípcias.

“Os médicos egípcios consideravam as doenças internas como obra de agentes – deuses, mortos, inimigos, etc. – e os seus pacientes como processos. Daí o seu comportamento nesses casos, que se assemelhava bastante ao de um feiticeiro ou de um mágico, utilizando-se de exorcismo e encantamento para debelar o mal cuja origem desconheciam. Nesses casos, comumente, não se usavam medicamentos, mas recitavam-se fórmulas mágicas com “voz segura e pausada”. Em alguns casos essa prática era acompanhada de uma poção, pomada, colírio, etc., mas a cura era sempre atribuída à potência das palavras mágicas. Como exemplo desse duplo tratamento citamos o hábito de se verter leite nas queimaduras, sempre acompanhado de citações mágicas. Se o tratamento fosse ineficaz, devia ser repetido, porque a fórmula não fora corretamente pronunciada. Talvez com a repetição do medicamento o doente alcançasse uma melhoria (Paula. 1962:30)”.

Era comum a prática preventiva em relação a diversas doenças na civilização egípcia, como nos cita Paula, nas palavras de Diodoro da Sicília:

“Para prevenir as doenças, os egípcios tratam o corpo com lavagens, dietas e vomitórios; alguns empregam esses métodos diariamente, outros fazem uso disso de três a quatro dias. Porque, dizem eles, o excedente do alimento ingerido no corpo só serve para engendrar males e é, segundo eles, por essa razão que o tratamento indicado tira os princípios do mal e mantém a saúde. Nas expedições militares e nas viagens, todo o mundo é cuidado gratuitamente porque os médicos são mantidos à custa da sociedade. Eles estabelecem o tratamento das doenças segundo preceitos do livro sagrado, eles não conseguem salvar o doente, são declarados inocentes e isentos de culpa; se, ao contrário, agirem contrariamente aos preceitos escritos, eles podem ser acusados e condenados à morte, tendo o legislador pensado que poucos encontrariam um método curativo melhor do que aquele observado desde tanto tempo e estabelecido pelos melhores homens da arte (1962:23) “

Os egípcios preocupavam-se também com o planejamento de suas cidades, construindo, assim, grandes aquedutos, obras cujo objetivo era trazer água pura das montanhas para a cidade. Esses aquedutos foram construídos, no início, em madeira e, mais tarde, em pedra, ferro fundido ou chumbo, copiados por várias sociedades até o século XIX a.C. A medicina egípcia possuía conhecimentos sobre a inoculação humana da varíola, a associação entre peste bubônica e ratos e um adequado sistema de proteção à infância.

Cerca de 300 anos depois da Era Cristã, foi fundada em Alexandria, Egito, uma grande escola de medicina. Herófilo e Erasítrato, médicos gregos, lecionaram nesta escola; Herófilo, pelo seus trabalhos de dissecação do corpo humano, ajudou no progresso do conhecimento das enfermidades do organismo. Ambos realizaram cuidadosos estudos do corpo humano, dando nome a muitas partes das membranas que o recobrem. Até o fim do império egípcio adotou-se a mesma prática médica e cirúrgica; apesar de seu lento progresso, a arte da cura egípcia gozava de grande reputação, principalmente na região mediterrânea, mesmo sem o abandono da magia e do encantamento. Os grandes discípulos dos egípcios serão os gregos, que se aprofundariam nos conhecimentos nilóticos desde Hipócrates até Galeno (Arouca, 1975, Telaarolli, 1994, Paula, 1962).

Grécia e Roma

A civilização grega e, posteriormente, a romana (até o início da chamada Era Cristã) deixaram para o ocidente suas principais referências, tendo no ápice deste período o sistema escravista como base do fortalecimento econômico. Nesta época desenvolveu-se a pólis (surgimento da política e da filosofia), houve a sistematização da ciência e o desligamento gradual dos conhecimentos do caráter místico religioso (Ibáñez & Marsiglia: 2000).

Os gregos, além da divindade da medicina, Asclepius, ou Aesculapius, cultuavam duas outras deusas, Hygieia, a Saúde, e Panacéia, a Cura. Hygieia era uma das faces da deusa da razão, Athena. Panecéia representava a idéia de que tudo pode ser curado. A cura para os gregos não se limitava apenas a práticas ritualísticas, mas ao uso de plantas e de métodos naturais.

Hipócrates² iniciou suas investigações sobre as doenças como fenômenos naturais; admitia a doutrina dos quatro elementos, terra, água, ar e fogo; quatro humores do corpo humano: o sangue, o “phlegma”, a bile amarela e a bile negra e quatro qualidades correspondentes, quente, frio, úmido e seco. Segundo Scliar (1987), Hipócrates não praticava ciência médica, mas a arte de curar, pois breve é a vida e longa é a arte, uma arte que o levou a romper várias fronteiras em suas investigações, influenciando o pensamento médico por várias gerações.

A partir da teoria hipocrática, Galeno de Pergamon (130-201), o mais famoso médico de Roma, iria construir a hipótese de que a doença se constituiria a partir de um desequilíbrio orgânico entre tais humores; Galeno foi um grande expoente no universo médico, realizou cuidadosos estudos do esqueleto humano e avançou suas pesquisas sobre fisiologia através da dissecação de animais. A teoria de Galeno perdurou até mesmo depois da Idade Média e também entre os médicos árabes dos séculos VIII, IX e X (Hegenberg, 1988, Vieira, 1944).

Os legisladores romanos tinham conhecimento e grande cuidado com a saúde pública: a canalização dos pântanos iniciada no século 6º a.C, aquedutos de água potável com construção concluída em 312 a.C, banhos públicos (termas), limpeza pública, controle do comércio de alimentos, foram temas tratados pela administração e legislação públicas romanas. É possível que todas essas inovações estejam ligadas à densidade populacional da cidade de Roma, que, no ápice do seu poderio, tinha cerca de 1 milhão de habitantes (Scliar, 1987; Ibáñez & Marsiglia, 2000).

Apesar de toda essa estrutura, não existia saúde pública; segundo Scliar, não havia público no sentido que damos hoje à palavra. Como o Império Romano sustentava-se através do sistema escravista, essas belíssimas estruturas eram desfrutadas apenas por uma minoria, gerando com isto uma série de epidemias entre os plebeus, causada pela falta de infra estrutura para a maioria da população.

² O grego Hipócrates nasceu na pequena ilha de Cós em 460 a .C.

Muitas dessas epidemias foram fator importante para um redirecionamento da história do Império Romano. Dentre esses fatores, estão o crescimento da pólis, vinculado às precárias condições de higiene e saneamento, e uma contínua migração em virtude das pestes e guerras que favoreciam a disseminação de doenças, atribuindo-se papel fundamental à malária na queda do Império Romano.

Idade Média

A Idade Média foi um período de grandes mudanças para a Europa ocidental, principalmente no que se refere aos cuidados de saúde. Com a queda do Império Romano, temos o fim da Antigüidade, fragmentando o ocidente em vários pequenos Estados bárbaros, proporcionando um novo modo de organização para protegerem-se contra as guerras, redirecionando a antiga estrutura política. Os proprietários das terras construíram cidades muradas, iniciando o nascimento de pequenos feudos, tornando sua a responsabilidade de proteger este espaço. Para morar nessas fortalezas era necessário entregar todos os bens ou oferecer capacidade de trabalho; em contrapartida, esses novos habitantes tornavam-se vassalos e servos.

Mas, segundo Scliar:

“...os movimentos populacionais, a miséria, a promiscuidade e a falta de higiene dos burgos medievais, os conflitos militares, tudo isso criou condições para explosivos surtos epidêmicos; por exemplo, as repetidas epidemias de peste. Doenças causadas por uma bactéria, Pasteurella pestis, a peste é em geral transmitida por pulgas de ratos. Manifesta-se por febre, aumento dos gânglios linfáticos (bubões), que podem supurar; ou por pneumonia grave; ou por septicemia. Ainda hoje a letalidade é alta, e pode atingir 50% dos casos. Três grandes surtos mundiais (pandemias) de peste bubônica ocorreram na Idade Média: o segundo destes surtos (1347), conhecido como a “Peste Negra”, pode ter matado 25 milhões de pessoas, um quarto da população européia de então (1987:21)”.

Apesar de existir um forte planejamento de proteção ao senhor feudal contra possíveis ataques aos castelos, ocorreu em contrapartida o surgimento de diversas epidemias e a falta de preparo para debelá-las. A medicina avançava lentamente sob os olhos hegemônicos da Igreja Católica, que centralizava as práticas de saúde nos mosteiros.

Para Ibáñez & Marsiglia:

“A expressão intelectual e administrativa do período foi a Igreja Católica. A unidade e a ordem da Igreja compensavam as tendências anárquicas dos nobres e proporcionavam uma base comum de autoridade a toda a cristandade. Até o século X a Igreja foi responsável pela sobrevivência da cultura ocidental, mantendo, por intermédio de seus sacerdotes, o monopólio do ensino e do saber. Tal monopólio, embora tenha dado grande unidade ao pensamento medieval, caracterizou-se por um grande dogmatismo, que levou à supressão da experiência em todos os setores. Na concepção medieval, a hierarquia da sociedade estamental reproduzia a ordem do universo, o mesmo ocorrendo com o corpo humano. A ciência tinha como grande tarefa justificar a ordem divina do universo, cujas características principais eram dadas pela revelação (2000:59,60)”.

Neste mesmo período, o oriente médio, em especial o universo muçulmano, mostra-se muito mais avançado que o ocidente. Os muçulmanos já possuíam a tradição da filosofia e da medicina grega, suas escolas eram instaladas junto às mesquitas, ali vivendo os mestres, os alunos e os enfermos. O interesse por outras áreas do conhecimentos, como física, matemática, química, foi de grande importância para as informações clínicas e experiências práticas.

Importantes livres pensadores no oriente, como Rhazes (865-965), que pesquisou sobre a varíola e a varicela; Albucasis (Abu'l Quasim, 936-?), que escreveu sobre cirurgia; Averróes (Ibn Rushid, 1126-1198) e seu discípulo Maimonides (que tinha nome judaico de Moisés ben Maimon, ou Musa Ibn Maimun (1135-1208), ambos médicos e filósofos, e Abu Ali al-Husain Ibn Sina (980-1037), conhecido no ocidente como Avicena, o príncipe dos médicos (Scliar, 1987).

Aos 16 anos, Avicena possuía grande conhecimento de medicina; por intermédio de sua fama, teve oportunidade, através de seu prestígio, de cuidar de Emir Nuh Ibn Mansur da cidade de Bukhara. A cura deste abriu ao jovem Avicena as portas para a cobiçada biblioteca de Emir, conhecida como “Santuário da Sabedoria”. Através de pesquisas nesta biblioteca, nasceu sua grande obra: o Cânon da Medicina. Esta obra é dividida em “medicina teórica” e “medicina prática” e subdividida em “medicina curativa” e “medicina preventiva”, dando prioridade à medicina preventiva (Asimov:1980).

Os principais campos de sua aplicação, segundo Avicena, são:

“As regras fundamentais da prevenção consistem em equilibrar as condições gerais indispensáveis aos fatores concomitantes; deve-se prestar especial atenção aos seguintes campos: higiene do temperamento (meio interior); escolha dos alimentos e bebidas (higiene do meio ingerido); saneamento das matérias excretadas; higiene da constituição (física); saneamento do meio inalante (atmosfera); higiene do vestuário; higiene da atividade corporal; e higiene da atividade mental, inclusive do sono e da vigília (Arua: 1980:18)”.

Apesar de tantos benefícios que a medicina do oriente podia oferecer à medicina do ocidente, a Igreja romana exercia grande pressão para impedir os cristãos de consultarem os médicos árabes e judeus. A superioridade desses profissionais era tão clara que tornava-se quase impossível respeitar as orientações do clero. Para Scliar:

“O cristianismo, que surgiu como a religião do pobres, dos deserdados, dos escravos, dos aflitos, dos doentes, oferecia uma explicação para as pestilências, e o conforto espiritual necessário em época de tanto sofrimento. A doença era vista como purificação, como forma de atingir a graça divina que incluía, sempre que merecida, a cura; as epidemias eram o castigo divino para os pecados do mundo (uma idéia que aliás vem desde o Antigo Testamento); ou, alternativamente, resultavam da insidiosa ação de inimigos. Numerosos judeus, acusados de provocar a Peste Negra, foram queimados na fogueira, apesar dos argumentos de prelados sensatos como o papa Clemente: “Ele lembrava que a peste acometia também os judeus, e que, portanto, a acusação de que causavam a doença não tinha fundamento”. Ponderação inútil” (1987:22).

A partir dos séculos X e XI, a história toma um novo direcionamento; com o crescimento demográfico, alguns países europeus foram obrigados a irem em busca de novas terras através do movimento das Cruzadas. Esta expansão territorial resultou em uma abertura econômica e cultural, na reabertura do comércio mediterrâneo e no contato com os bizantinos e muçulmanos. Esta movimentação começa a abalar os pilares da estrutura do conservadorismo feudal.

A Idade Média foi toda marcada por grandes epidemias, iniciando-se com a peste justiniana, no ano de 543. As epidemias propagavam-se interligadas com a intensa urbanização que ocorria entre os séculos X e XV, e com as péssimas condições sanitárias.

A medicina vai voltando paulatinamente para as mãos dos leigos, com padrões éticos fixados pela igreja. Surgem as primeiras escolas de medicina em Montpellier, na França, e em Salerno, na Itália, ambas extremamente influenciadas pela medicina de Hipócrates, Galeno e pelos mestres árabes, aparecendo as primeiras corporações (guildas) médicas.

Além das grandes aglomerações, a prática higienista na Idade Média tinha um outro direcionamento; o conceito de higiene (Do fr. Hygiene <gr. Hygienón) é entendido no seu sentido etimológico, mais amplo, como a arte de conservar a vida. Como mencionamos anteriormente, em cada época histórica é possível relacionar o conceito de higiene com o contexto cultural, filosófico e político. No contexto da Idade Média, a higiene *é aquela que se refere exclusivamente às partes do corpo: o rosto e as mãos. Ser asseado é cuidar de uma zona limitada da pele, a que emerge do vestuário, a única que se refere ao olhar* (Vigarello; 1985:177). O banho era considerado um ato perigoso neste período histórico, a água, com efeito da pressão e sobretudo do calor, poderia efetivamente abrir os poros e expor as fraquezas do invólucro corporal aos perigos dos seres invisíveis.

Pesquisas referentes aos microrganismos estavam sendo desenvolvidas, resultando na teoria microbiológica das infecções, que começou a ser estabelecida a partir de Leeuwenhoek (1632-1723) – com o uso de simples lente observara microrganismos, porém sem relacioná-los à produção de moléstias. No século 16, a lista das doenças que aterrorizavam a Europa sofre um acréscimo: sífilis. Girolamo Fracastoro (1484-1554), sábio médico italiano de Verona, cria o termo “sífilis”, descrito em seu poema *Syphilis sive*

morbus galicus, e escreve, em 1546, seu livro clássico sobre o contágio (*De contagione*), atribuindo-o a partículas não percebidas por nossos sentidos, denominadas *seminário contagionum*, sendo estas capazes de multiplicar-se, faltando apenas dizer que eram microorganismos vivos. O jesuíta Athanasius Kircher (1601-1680) foi o pioneiro no estudo de doenças utilizando o microscópio; juntamente com Fracastoro, é um dos primeiros a estabelecer que as doenças contagiosas eram disseminadas por corpúsculos ou seres microscópicos (Vieira, 1944, Rosen, 1994).

No século XV, houve o ressurgimento do ocultismo reprimido pela Igreja Católica durante toda a Idade Média. A magia das simpatias ressurge gradualmente, percorrendo as mais diversas culturas. Assim, no Brasil, por exemplo, entre o século XVI e princípios do XVII, no sul de Minas Gerais, Nordeste e São Paulo, a “medicina sobrenatural” aconselha que, quando uma criança está com coqueluche, é bom que uma vizinha nascida em janeiro venha socorrer a criança enferma depois da meia-noite, devendo ela dizer todas as vezes que a criança perder o fôlego: “*Tosse violenta, tosse sem fim; vai-te, arrebeta lá nos confins*”, ou para curar *sapinho* da boca de crianças passava-se a chave do sacrário na sua língua (Dornas, 1955).

Presenciávamos a passagem de um ciclo de dogmas imposto pela Igreja: o sistema político entrava em um novo período, a ciência iniciava uma nova fase de autonomia e, em contrapartida, os livre pensadores, como os alquimistas, os astrólogos, maçons e rosa-cruzes, que foram tão perseguidos pela Santa Inquisição, adquirem certa autonomia com a proteção do recém surgido protestantismo. Segundo Scliar (1987:31), *o desfecho foi previsível: as religiões organizadas se mantiveram, a alquimia foi deslocada para a ciência oficial.*

Renascimento e Idade Moderna

Inicia-se o século XVI e, com ele, surge a teoria do poder político de Thomas Hobbes (1588-1679), filósofo inglês, “...contratualista que afirmava que a origem do Estado e/ou da sociedade está num contrato: os homens viveriam naturalmente, sem poder e sem organização – que somente surgiriam depois de um pacto firmado por eles, estabelecendo as regras do convívio social e de subordinação política” (Ribeiro,

1991:53). Era responsabilidade do Estado o cuidado com os cidadãos: o soberano ordenava o que deveria ser feito, da mesma forma que controlava as relações comerciais, dando aos comerciantes as necessárias garantias e estabilidade para seus negócios. Durante este período, vários países do continente europeu procuravam maneiras de aumentar suas riquezas e seu poder político, começando, assim, a surgir proposições sobre condições de prevenção e higiene.

Dá-se início a uma série de pesquisas sobre o corpo humano, explorado, dissecado e explicado como uma complexa máquina. René Descartes foi um dos precursores do estudo da anatomia humana; Leonardo da Vinci foi autor de um importante tratado de anatomia, gerando uma série de associações entre sociedade e corpo humano.

Segundo Scliar:

O conceito de corpo social vai ganhando força: a introdução do conceito de divisão do trabalho viria complementar ainda mais a utilização da metáfora do corpo como instrumento de inteligência social. A sociedade torna-se mais complexa; o progresso acentuara as diferenças no interior do organismo social...os estudos da biologia tinham avançado bastante.” Augusto Comte (1798-1857), criador do termo “sociologia”, via especialização de funções como expressão do progresso do organismo social. Ao Estado caberia harmonizar os interesses contraditórios e eliminar as disfunções sociais. Idéias que tiveram importante repercussão política, no Brasil em particular: ordem e progresso, era seu lema. Hebert Spencer (1820-1903) desenvolveu as idéias de Comte em seu Princípios da Sociologia (1967). Para ele havia, na vida social, uma mudança das formas simples para as complexas, do homogêneo para o heterogêneo, do indiferenciado para especializado. Esta teoria foi elaborada antes da publicação (1859) de A Origem das Espécies, de Charles Darwin (1809-1882), que explica a evolução como um processo de seleção natural dos mais aptos. No funcionalismo de Spencer encontraria suporte para as suas idéias; aliás, a expressão “sobre vivência do mais apto” é de sua autoria. Em organismo Social (1860) aprofunda sua visão organicista do social, agora com apoio do darwinismo (1987:39)”.

A partir de 1850, as bactérias são agregadas à lista dos possíveis microorganismos causadores de enfermidades. *Entrementes, a teoria de que as doenças infecciosas se deviam ao crescimento de germes no corpo continuou inaceitável para muitos clínicos de valor e para outros profissionais do mundo científico. É verdade que, entre 1834 e 1850, tinha-se estabelecido os fungos como causas de certas enfermidades. Mas, para muitas doenças comunicáveis conhecidas, não se podia substanciar essa origem. E, assim, se rejeitou como hipótese morta a teoria microbiana (Rosen, 1994: 235).* Nenhuma investigação teve mais importância do que as nascidas no campo da fermentação e da geração espontânea. Historicamente, estes problemas emaranhavam-se, e o conhecimento adquirido para solucioná-los levou a uma fértil compreensão da natureza das doenças contagiosas.

No ano de 1853, na Grã Bretanha, por ocasião da epidemia de cólera, as autoridades religiosas de Edimburgo recomendaram jejum nacional para afastar a doença. Tal conselho, todavia, não foi adotado, pelo menos de maneira exclusiva, tendo o ministro da pasta declarado que as questões de saúde necessitariam de mudanças, sendo preferível a execução de medidas de saneamento à passividade do povo. No ano seguinte, John Snow, em seu relatório calcado apenas em observações dos fatos, provou pela primeira vez que a água tinha capacidade de transmitir certas doenças, 30 anos antes da descoberta do vibrião da cólera. O poço de Broad Street era o responsável pela epidemia de cólera na cidade de Londres. A conclusão foi tirada a partir da distribuição geográfica dos doentes. Willian Budd, na mesma época, demonstrava a veiculação hídrica da febre tifóide, em 1856 e, expondo suas hipóteses, dizia que a febre tifóide era disseminada por excreto de pacientes. Budd foi quem chamou atenção para o valor das desinfecções das excreções, dando um grande passo para a prevenção das infecções. A partir destas transformações sociais e culturais do século XVIII e XIX, ocorreu uma transição dos mitos e crenças envolvendo o surgimento das grandes epidemias para um olhar científico sobre estes fatos (Almeida Filho & Rouquayrol, 1990. Vieira 1944).

No dia 7 de dezembro de 1854, o recém professor de química e reitor da Faculdade de Ciências de Lille, Louis Pasteur (1822-1895), em um discurso inaugural a seus alunos, disse que no campo da observação “a sorte só favorece a mente preparada” .

Sua mente preparada permitiu-lhe decifrar os mistérios da fermentação e da geração espontânea e, por fim, o das doenças contagiosas. Estudando a fermentação por mais de 20 anos, Pasteur descobriu a existência de vida anaeróbica, observando que certos organismos não cresciam com a presença do ar, mas somente com sua ausência, sendo o primeiro a usar, em 1863, os termos “aeróbico” e “anaeróbico”.

Segunda Ibáñez & Marsiglia (2000), as explicações de Pasteur trouxeram três grandes benefícios para uma nova postura preventivista: a busca da destruição de microorganismos por substâncias próprias, originando o desenvolvimento da assepsia; o desenvolvimento de vacinas (empiricamente descobertas por Jenner), ou seja, o uso de substâncias derivadas desses micróbios e a busca de medicamentos capazes de destruí-los

No início do outono de 1876, o Professor de Botânica Ferdinand Cohn (1828-1898), da Universidade de Breslau, expoente no estabelecimento da bacteriologia como ciência, recebe em seu laboratório um desconhecido médico do interior, que afirmava ter descoberto a história de vida do *Bacillus* causador do antraz. *Os estudos experimentais de Daviane tinham mostrado ser provável que o antraz se devesse a organismos em forma de bastão encontrados no sangue, por ele chamado de bacteridia* (Rosen, 1994:243). Muitos outros investigadores compartilhavam esse ponto de vista, mas existiam lacunas na história natural da doença. A partir daí, as pesquisas do médico interiorano Robert Koch (1843 –1910) deram um novo direcionamento no conhecimento sobre o antraz, esclarecendo esse mistério.

O conceito de etiologia (do Grego *aitia*, causa) foi adotado por Robert Koch, que formulou um conjunto de critérios necessários para provar que um certo micróbio era o causador de uma doença específica . Os chamados Postulados de Koch afirmam que: 1) o microorganismo incriminado deve estar sempre associado à doença; 2) deve ser isolado em cultura pura; 3) se inoculado em um animal são e suscetível, deve produzir a doença; 4) do animal deve ser novamente obtido em cultura pura, propiciando, através de seus métodos, o estudo, de maneira mais sistemática, dos agentes de várias doenças infecciosas (Vieira, 1944; Capra 1982; Rosen, 1994).

Sendo assim, durante as duas décadas seguintes ocorreram diversos avanços na área da microbiologia, numa velocidade espantosa, seguindo em geral duas vertentes: uma caracterizada pelo trabalho de Koch, que levou ao desenvolvimento de técnicas para o cultivo e o estudo de bactérias, e a outra, coordenada por Pasteur e seus colaboradores, direcionando a atenção para os mecanismos das infecções, suas conseqüências e o desenvolvimento do tratamento e da prevenção de doenças contagiosas.

Em 1879, o médico inglês Edward Jenner constatou que as pessoas que ordenhavam vacas com vacina (varíola do gado) não contraíam a varíola humana, resolvendo usar o líquido das pústulas da vacina como agente imunizante. O primeiro caso de imunização da varíola pelo Dr. Jenner ocorreu em 1º de julho, quando ele inoculou um garoto com o pus de um varioloso. A partir daí, sucederam-se várias vacinas e soros³(Scliar, 1987; Ibáñez & Marsiglia:2000).

Em oposição às idéias absolutistas, Jean-Jacques Rousseau, um dos filósofos do chamado Século das Luzes, preconizava a difusão do saber como meio mais eficaz para se pôr fim à superstição, ignorância, ao império da opinião e do preconceito, acreditando estar dando uma enorme contribuição para a evolução do espírito humano. O cidadão, para Rousseau, era bom em sua essência, quando vivia em um estado, sendo o que fundamenta a natureza humana, para este filósofo, a liberdade. *O homem nasce livre, e por toda a parte encontra-se a ferros* (Rousseau, 1973:28), portanto uma das maneiras para libertar o ser humano da ignorância doentia é a educação, para que ele possa exercer e desenvolver o exercício da liberdade.

Segundo Arouca, as idéias de Rousseau:

“...culminaram na Revolução Francesa, onde se desenvolveram intensas atividades sanitárias e o florescimento de concepções políticas da Medicina e da Higiene, como por exemplo a de Lanthernas, e o controle da atenção médica por parte da população. Na Inglaterra, tomam-se medidas que são simultaneamente concessões e formas de controle da classe trabalhadora. Na Alemanha, o conceito de medicina Social é um

³ Segundo Quadra: “...o advento da era bacteriológica proporcionou, em sua racionalidade, o acalentar do sonho unificador da causalidade única e irrecorrível. Bastaria isolar ou identificar o agente vivo específico para solucionar toda a problemática apresentada à Medicina. Vacinar, em uma determinada ocasião, ou prescrever antimicrobianos, em outro momento, seria suficiente para resolver todas as questões”. (1983:65)

conceito político que fez com que vários dos seus defensores lutassem pessoalmente nas barricadas de 1848 pela liberdade e pelo socialismo, como Newman e Virchow, tendo as associações camponesas lutado pela assistência médica e fornecimento gratuito de medicamentos (Arouca, 1975:87).

Desse modo, percebe-se claramente que a medicina social nasce em meio a inúmeras transformações sociais, culturais e, principalmente, políticas. Michel Foucault aponta três fortes características relacionadas ao nascimento da medicina social nas sociedades alemã, francesa e Inglesa. Foucault relata que:

Desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo. O mercantilismo não sendo simplesmente uma teoria econômica, mas, também, uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderá pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros (2000:82).

Nesta perspectiva, a França, a Inglaterra e a Áustria preocupam-se em calcular a força ativa de suas populações. Na França inicia-se uma série de estatísticas de nascimento e mortalidade, na Inglaterra a preocupação sanitária centralizava-se em dados estatísticos de mortalidade e natalidade, índices de saúde da população e a preocupação em aumentar o número da população sem, no entanto, organizar uma intervenção para melhorar a qualidade de saúde. Na Alemanha encontramos uma postura diferenciada do restante dos países Europeus, com o desenvolvimento de uma prática médica efetivamente centrada na melhoria da saúde da população.

A polícia médica, segundo Foucault, desenvolveu-se na Alemanha em meados do século XVIII, teria sua efetiva aplicação no final do século XVIII e começo do século XIX, e consiste em:

1. Um sistema muito mais complexo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimento e morte.
2. Um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médico.
3. Uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos.
4. A criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com a responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber. (2000:83,54).

Na França, a medicina social aparece no fim do século XVIII, tendo como diferencial da estrutura alemã o fenômeno da urbanização. No final do século XVIII, Paris não formava um complexo urbano homogêneo, ou seja, sob a regência de um único poder. Havia pequenos territórios com poderes senhoriais detidos por leigos, pela Igreja, por comunidades religiosas e corporações, poderes estes com autonomia e jurisprudência própria, existindo, ainda, representantes do poder estatal: o representante do rei, o intendente de polícia, os representantes dos poderes parlamentares. Por exemplo, o rio Sena e suas margens estavam sob a soberania do *prévôt des marchands*, bastando apenas ultrapassar essas margens para se estar sob outra jurisdição, do parlamento ou do tenente de polícia.

A partir desta problemática, sentiu-se necessidade de homogeneizar o corpo urbano, pelo menos nas grandes cidades. E isto por várias razões: a primeira refere-se a questões econômicas e, a segunda, às questões políticas. A França do século XVIII detinha uma população operária pobre, que se tornaria, no próximo século, o proletariado que aumentaria as tensões políticas no interior das cidades. As relações entre os diversos grupos

sociais - corporações, dentre outros, que se opunham mas se equilibravam e se neutralizavam, simplificam-se em uma espécie de afrontamento entre ricos e pobres, plebe e burguesia, gerando um aumento nos diversos focos de manifestações. Essas revoltas intensificaram-se entre os camponeses e posteriormente nos perímetros urbanos; o medo das epidemias e o pânico eclodiam fortemente nas cidades, tendo como resultante a Revolução Francesa. Era necessário obter um poder político capaz de dominar a população urbana.

Desde o fim da Idade Média, existia na Europa um regulamento de urgência, que deveria ser utilizado quando a peste ou uma doença epidêmica violenta aparecesse em uma cidade. Este plano consistia em:

1. Todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um único lugar.
2. A cidade deveria ser dividida em bairros que se encontravam sob a responsabilidade de uma autoridade designada para isso.
3. Esses vigias de rua ou de bairro deviam fazer todos os dias um relatório preciso ao prefeito da cidade para informar tudo que tinham observado.
4. Os inspetores deviam diariamente passar em revista todos os habitantes da cidade.
5. Casa por casa, se praticava a desinfecção, com ajuda de perfumes que eram queimados (Foucault 2000:85).

Os métodos preventivos da medicina urbana da segunda metade do século XVIII consistiam em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualiza-los, vigiá-los um a um, verificar o estado de saúde de cada um, mapeando e vigiando o espaço em que os grupos sociais viviam. Essencialmente, a medicina urbana francesa tinha três grandes objetivos:

1. Analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos. São essencialmente os cemitérios.
2. A medicina urbana tem um novo objetivo: o controle da circulação. Não a circulação dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos, essencialmente a água e o ar.
3. Outro grande objetivo da medicina urbana é a organização do que chamarei distribuição e frequência. Onde colocar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade? É o problema da posição recíproca das fontes e dos esgotos ou dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderia. (Foucault 2000:89,90,91).

Na Inglaterra, a medicina social foi direcionada para os pobres e depois para a força de trabalho do operário. Verificou-se assim, que a medicina social voltou-se primeiro para o estado, em seguida para a cidade, e finalmente para os pobres e trabalhadores.

Em meados do século XIX, o pobre aparece como possível perigo pelas seguintes razões:

1. Razão política. Durante a Revolução Francesa e, na Inglaterra, as grandes agitações sociais do começo do século XIX, a população pobre tornou-se uma força política capaz de revoltar ou, pelo menos, de participar de revoltas.
2. No século XIX encontrou-se um meio de dispensar, em partes, os serviços prestados pela população, com o estabelecimento, por exemplo, de um sistema postal e um sistema de carregadores, o que produziu uma série de revoltas populares contra esses sistemas, que retiravam dos mais pobres o pão e a possibilidade de viver.

3. A cólera de 1832, que começou em Paris e propagou-se por toda a Europa, cristalizou em torno da população proletária ou plebéia uma série de medos políticos e sanitários. A partir dessa época, decidiu-se dividir o espaço urbano em espaços de pobres e ricos. A coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade, o que ocasionou a organização de bairros pobres e ricos, de habitações ricas e pobres (Foucault 2000:94,95).

Na Inglaterra, a medicina social teve uma formação diferente da Alemanha e da França, em virtude do desenvolvimento industrial e do proletariado. Apesar dessa diferenciação, encontramos influência de Chadwick na medicina de estado alemã, e de Ramsay na medicina francesa.

É essencialmente com a *lei dos pobres* que a medicina inglesa começa a tornar-se social, a legislação passa a comportar um controle médico do pobre. A lei dos pobres está calcada na assistência controlada, numa intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres e satisfazer suas necessidades de saúde, como de criar um cordão sanitário autoritário sendo estabelecido no interior das cidades entre ricos e pobres. Os menos favorecidos socialmente encontravam a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grandes custos, e os ricos buscavam a garantia de não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários das camadas sociais mais pobres (Foucault, 1979).

O século XIX foi um momento de grandes transformações socioeconômicas provocadas pela Revolução Industrial e pelo intenso desenvolvimento científico tecnológico desencadeado pelos países europeus. Essas transformações proporcionaram maior flexibilidade: a transição da estrutura feudal para a estrutura capitalista. Como todo processo revolucionário, a Revolução Industrial trouxe consigo grandes problemas, como as desigualdades sociais, o crescimento populacional, a migração do campo para a cidade, a oferta de mão de obra superior à demanda. A jornada de trabalho era excessivamente longa (de 14 a 16 horas), sendo que a mão de obra mais utilizada incluía mulheres e crianças, que exigiam baixo custo. Aglomerou-se nas cidades um proletariado numeroso e miserável, mal alimentado e consumido pela febre das fábricas e pela tuberculose (Almeida Filho, 1999; Kloetzel 1986).

A medicina social Inglesa teve fundamental importância neste momento, possibilitando a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública para prevenir a população e protegê-la das pestes. A medicina Inglesa proporcionava três sistemas médicos superpostos e coexistentes: a assistência médica destinada aos pobres, a medicina administrativa encarregada de problemas gerais, como vacinação e epidemias; e a medicina privada, que beneficiava quem tinha meios para pagá-la.

Neste momento, a prevenção é extremamente passiva, alguns funcionários de saúde pública adaptaram medidas para melhorar as condições de vida da maioria da população, marcadas pelas transformações sociais e tecnológicas ocorridas na Europa ocidental. As ações de saúde pública não se sustentavam simplesmente por razões românticas e humanitárias, mas por idéias mercantilistas que os séculos XVIII e XIX trouxeram.

O século XX inicia-se com complexas e aceleradas transformações, tanto do âmbito tecnológico, como do social. Inúmeros conflitos se sucederam, dentre eles duas guerras mundiais, várias revoluções e a expansão urbana demográfica da população mundial.

Segundo Ibáñez & Marsiglia:

... do ponto de vista da organização social e política, o século foi marcado por três formas de desenvolvimento, mais ou menos conexas entre si, que foram o capitalismo, o socialismo e as sociedades periféricas, com importantes diferenças políticas, sociais e econômicas entre si, classificadas genericamente de “terceiro mundo”. (2000:66)

Cabe ressaltar que foi no século XX que ocorreu o grande desenvolvimento e ampliação econômica do Estado, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial.

As transformações e epidemias que assombravam a sociedade do início do século, como a cólera na Europa e a febre amarela no continente americano, trouxeram a necessidade de repensar as prioridades no que dizia respeito à prevenção e à saúde dos habitantes desses continentes. Era sabido que a cólera era um agravante dos dois lados do Atlântico, mas a temida *Yellow Jack* deixava suas marcas no Brasil, Uruguai, Argentina e Estados Unidos; assim, em 1902 os especialistas de todo o continente americano unem-se para fundar um órgão preocupado com questões deste continente, nascendo o que hoje é a Organização Pan-Americana da Saúde.

Em relação ao Brasil, é importante salientar o papel desempenhado por muitos pesquisadores que se voltaram para as questões sanitárias.

Oswaldo Cruz estagiou no instituto Pasteur e implementou um projeto similar no Rio de Janeiro, chamado Instituto Manguinhos, atualmente uma das mais fortes instituições de pesquisa sobre saúde no Brasil. Não devemos nos esquecer de outros importantes nomes de pesquisadores brasileiros, como Adolfo Lutz, Vital Brasil, Emílio Ribas e Carlos Chagas, que foi nosso representante na OPAS no início do século XX. Estes sanitaristas e pesquisadores representaram uma extraordinária fase na história da saúde pública brasileira, fase esta em que se acreditava obter solução para várias questões referentes à saúde da população.

Esta idéia de “resolução para todas as questões” não conseguiu ser empreendida de maneira pacífica no Brasil. No ano de 1904, o país passava por um surto epidêmico de varíola muito sério, até o mês de junho, foram notificados 1800 casos de internação no Hospital de São Sebastião; no Distrito Federal, o número de óbitos chegava a 4201. Se na Alemanha, em 1875, na Itália, em 1888, e na França, em 1902, ocorreu com sucesso a vacinação em massa para impedir a propagação da varíola, porque não daria certo no Brasil, sendo que sua incidência era muito mais grave? Neste sentido, o governo assume a responsabilidade da implantação de caráter obrigatório, chamando o decreto de “humana lei”. De humanidade, o médico José Rodrigues mostra que não existia nada, trata-se de uma lei que *“arranca os filhos de suas mães, estas de seus filhos, para lançá-los nos seus horríveis hospitais; que devassa a propriedade alheia com interdições, desinfecções, etc* (Sevcenko 1993:28)”

Os resultados desta campanha autoritária começavam a emergir entre a população; no mês de julho, cerca de 23021 pessoas haviam procurado os postos da Saúde Pública para serem vacinados, no mês de agosto, este número caiu para 6036 pessoas. Não podemos esquecer que uma das principais plataformas de governo do Presidente Rodrigues Alves era o completo saneamento e extinção de epidemias na capital, sendo fortemente influenciado pelo positivismo de Augusto Comte, segundo o qual, “Ordem e o Progresso” era a chave mestra para o bem-estar social e interesse dos governantes.

O ápice da Revolta da Vacina no Brasil ocorreu com a publicação, no dia 9 de novembro de 1904, da regulamentação da aplicação obrigatória da vacina contra varíola. Após três dias, a Liga Contra a Vacina Obrigatória marca um comício no Largo de São Francisco de Paulo, desafiando a proibição da polícia. O resultado foi um conflito desleal com a polícia, tendo vários feridos e presos, sendo que nos presídios entoavam versos como este: “*As pobres mães choravam/E gritavam por Jesus/O culpado disso tudo/É o Dr. Oswaldo Cruz*”.

Esse momento é marcado pelo movimento higienista liderado pelos sanitaristas, e também por uma política preventiva autoritária influenciada pelo próprio movimento positivista vigente. Período este muito fértil para o desenvolvimento do campo da Higiene enquanto saúde pública⁴.

Na clássica obra de Mary Douglas (1976:12), encontramos as seguintes reflexões: *a higiene, por constante vem a ser uma excelente rota, desde que nós a possamos seguir com algum auto-conhecimento. Como se sabe, a sujeira é, essencialmente, desordem. Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê. Se evitamos a sujeira, não é por covardia, medo, nem receio ao terror divino. Tampouco nossas idéias sobre doença explicam a gama de nosso comportamento no limpar ou evitar a sujeira. A sujeira ofende a ordem. Eliminá-la não é um movimento negativo, mas um esforço para organizar o ambiente.* A idéia de sujeira para Douglas é composta por duas vertentes: cuidado com a higiene e respeito por convenções. As regras de higiene mudam

⁴ La salud pública es la ciencia y el arte de aplicar los conocimientos y las habilidades de la medicina y las ciencias afines en un esfuerzo organizado de la comunidad para conservar y mejorar la salud de *grupos de individuos* (Hilleboe. Larimore, 1965).

naturalmente, com as transformações culturais do nosso estado de conhecimento. Quanto aos aspectos convencionais de evitar sujeira, essas regras podem ser colocadas de lado em nome da amizade, ou por condições que o Estado possa impor. Douglas relata que os trabalhadores rurais de Thomas Hardy elogiaram o pastor que recusou uma caneca limpa para tomar cidra, como um “homem bom e sem melindres” (Douglas, 1976).

As idéias desenvolvidas por Douglas (1976) são fundamentais para se entender o processo cultural da prevenção, mas vamos retornar a questão do movimento higienista.

O movimento higienista trazia consigo a idéia de unicausalidade que, no entanto, não consegue sustentar-se por muito tempo em função das próprias condições sociais do final do século XIX e início do XX. Neste período, as marcas da industrialização e da urbanização têm, como algumas de suas conseqüências: o aumento assustador de suicídios, infanticídios, alcoolismo, criminalidade, violência, miséria e dos surtos epidêmicos de tifo e cólera, que dizimaram grande parte da população.

Analisando como um movimento, a Medicina Preventiva nasce através das condutas preventivas adotadas no decorrer da sua história em um campo formado por três vertentes: a primeira ligada à higiene, que aparece no século XIX, ligada profundamente ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; a segunda vertente relaciona-se aos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40, nos Estados Unidos; e a última vertente relaciona-se ao aparecimento de uma redefinição das responsabilidades no interior da educação médica. Apontaremos, com base em Arouca (1975), como a Medicina Preventiva situa-se em relação às três vertentes, ou seja, *como se dá a substituição da Higiene, e as respostas ao custo da Atenção Médica, através de um discurso que instaura uma atitude, que essencialmente é normativa e que, rompendo com as barreiras geográficas da sua origem, ganha dimensão continental* (Arouca, 1975:85) com os departamentos de Medicina Preventiva.

Como a prevenção se associa à doença, parte-se da idéia de que ela foi sendo socialmente construída frente aos perigos e riscos que o ser humano encontrou no decorrer da sua história e do seu convívio social.

O aparecimento da Medicina Preventiva em sua forma estrutural diferencia-se das condutas preventivas, adquirindo força própria no campo da medicina; divide-se em duas fases: A primeira inicia-se após a Primeira Grande Guerra, com a reforma curricular nas escolas médicas da Grã-Bretanha, e a segunda fase após a Segunda Grande Guerra, com a realização dos Seminários Internacionais sobre Medicina Preventiva.

Nasce, desse modo, uma nova proposta para a Medicina Preventiva, no que diz respeito ao ensino e ao desenvolvimento de uma nova atitude na formação médica. Com este turbilhão de idéias, começam a ser criados os departamentos ou cátedras de Medicina Preventiva nas escolas médicas, atingindo rapidamente os Estados Unidos e o Canadá; a produção científica da área começa a relatar experiências dos cursos de Medicina Preventiva, e surgem propostas de novos modelos de ensino através de artigos publicados nas revistas científicas, que veremos com mais profundidade no capítulo V.

Em 1945, o Presidente Truman apresentou um informe ao Congresso Nacional Americano sobre um programa nacional de saúde, estruturado em cinco pontos: 1) construção de hospitais e outros recursos necessários; 2) expansão dos serviços de saúde pública, e atenção materno-infantil; 3) reforço da educação médica e investigação de saúde; 4) seguros obrigatórios para a atenção médica; 5) indenização aos trabalhadores que perderam dias por doenças ou invalidez. A proposta de Truman não foi aprovada em sua totalidade, restando apenas financiamento para construções de hospitais (Arouca, 1975:104).

Durante duas décadas, presenciamos o paradoxo entre a organização do grupo médico e a redefinição do papel do Estado. A classe médica exerce um posicionamento político, em aliança com outros setores sociais e econômicos, bloqueando todas as tentativas de intervenção do Estado que levasse à perda da sua autonomia econômica. Em contrapartida, o Estado começa a se expor não somente através de projetos de leis, mas principalmente por meio de grupos racionalizadores ligados ao setor de Saúde Pública, que reivindicam o controle central da atenção médica.

A Primeira Grande Guerra foi marcada pelo grande aumento das intervenções cirúrgicas, e a Segunda Guerra caracterizou-se pelas descobertas de novos remédios, como a penicilina (1940). Estes primeiros medicamentos antibacterianos estimularam um enorme

crescimento da indústria farmacêutica, que culminou em fortalecimento de estrutura no mercado mundial. Com este promissor mercado, as investigações químicas e bioquímicas dão origem à era das tecnologias e da inversão do capital no campo da saúde.

O século XX inicia-se com complexas e aceleradas transformações, tanto no âmbito tecnológico como no social. Inúmeros conflitos sucederam-se entre as duas guerras mundiais: houve várias revoluções e a expansão urbana demográfica da população mundial.

Segundo Teixeira:

“A tensão que havia entre “ambiente” e “agente” como determinantes dos problemas de saúde e doença é, de certa forma superada, no âmbito do saber epidemiológico, com a sistematização do “modelo ecológico” no contexto do debate em torno da “Medicina Integral” nos anos 20 deste século. Este modelo consagra a tríade Agente – Hospedeiro – Ambiente, como a base conceptual que integrava os conhecimentos da Epidemiologia e da Clínica, fundamentando a concepção de “História Natural das Doenças” incorporada à proposta da Medicina Preventiva, surgida nos EUA no pós guerra (2000:02)”.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1946, o Congresso Americano sancionou a Lei Hill-Burton. Esta medida incentivava a injeção de recursos fiscais e apoiava a expansão da indústria hospitalar nos Estados Unidos. Paralelamente, a idéia da multicausalidade se fortaleceria com a elaboração de um novo modelo proposto pelos médicos preventivistas Leavell & Clark. A noção de “prevenção” se fortaleceria na base das propostas da Medicina Preventiva, movimento ideológico gerado no berço da educação médica americana e que se propagou rapidamente na América do Sul, cuja incorporação institucional para o desenvolvimento de investigações e práticas deram origem ao que hoje conhecemos como “o campo da Saúde Coletiva” (Teixeira, 2000; Nunes, 1988; Paim, 1992).

A fim de que a questão da História Natural da Doença seja melhor explicitada, vamos voltar à definição de Leavell & Clarck (1976:15):

História Natural da Doença compreende todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez ou morte..

Segundo Nunes:

ao incorporar no modelo os princípios da ecologia, tornou o modelo multicausal mais dinâmico e abrangente. Nessa proposta, as causas se ordenam dentro de três possíveis fatores ou categorias: o agente, o hóspede e o ambiente interrelacionados e em constante equilíbrio” (1999:219).

Leser aponta que “é preciso ter em mente que consideramos agentes todas as substâncias, elementos ou forças, animados ou inanimados, cuja presença ou ausência pode, em um hospedeiro humano suscetível, constituir estímulo para iniciar ou perpetuar um processo de doença; podem ser físicos, químicos ou biológicos” (1988:07). Entende-se por ambiente o conjunto de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo. Incluem-se no ambiente fatores sociais, econômicos e biológicos que afetam a saúde física e mental do homem e são, por sua vez, por ele influenciados. Sendo assim, o ambiente compreenderia tudo o que constitua o meio em que vive o hospedeiro, ajustando-se bem ao conceito ecológico da doença, representando um desequilíbrio entre o organismo vivo e o meio ambiente.

A HND estabelece uma dinamicidade no processo saúde doença, estabelecendo-nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, as possibilidades desde intervenção. No período pré-patogênico, temos a “prevenção primária”, que estabelece medidas específicas de promoção da saúde e medidas de proteção de indivíduos e grupos contra riscos e danos, voltando-se para a atenção primária à saúde.

A institucionalização do conceito de prevenção nos anos de 1950 proporcionou a mudança na concepção científica/educativa nas escolas médicas; Arouca acredita que os “princípios teóricos básicos do chamado movimento preventivista se acham formulados nesse modelo e que a circulação de tais idéias trouxe uma nova configuração – na maioria dos casos, a implantação – dos Departamentos de Medicina Preventiva das escolas medicas” (Arouca 1975). De acordo com Leavell & Clark, a construção de seu modelo é proporcionada a partir de uma doutrina em que os fenômenos que condicionam a saúde e a doença são considerados anteriores e exteriores ao envolvimento do homem. Sendo assim, a gênese da doença é anterior ao homem, porém, segundo García, além das questões biológicas da história natural da doença, existem os fatores culturais, sociológicos e psicológicos que ampliam o processo da multicausalidade (Leavell & Clark, 1976; García, 1971).

O panamericanismo na saúde ocorreu no final dos anos 50 até meados dos anos 70, frente a acontecimentos políticos, tecnológicos, sociais e artísticos. Politicamente, presenciávamos a guerra fria entre a antiga União Soviética e os Estados Unidos da America, uma tensão entre o comunismo e o capitalismo que, durante décadas, deixou a população mundial aterrorizada por um possível holocausto nuclear.

Inúmeras inovações caracterizaram a tecnologia deste período, como a primeira viagem espacial e sua busca por outras galáxias, além da chegada à lua, vários transplantes de órgãos e a invenção de um coração artificial, a busca por decifrar a cadeia de DNA, a intranet, e os computadores provocando uma revolução eletrônica.

As transformações sociais foram impulsionados, neste período, pelo movimento da contra-cultura: com hippies, mini saias, pilulas anti-conceptivas e principalmente o movimento estudantil que protestava contra as injustiças sociais e levava os estudantes para

as ruas para lutar com suas próprias vidas. Os defensores do meio ambiente alertavam sobre uma primavera silenciosa que poderia ocorrer no futuro, em função da inapropriação da tecnologia agrícola.

Através de tantas movimentações, a economia mundial nos anos 70 entrou em um período crítico: a inflação mundial desencadeou a especulação dos alimentos e os combustíveis colocaram fim ao tão falado desenvolvimento econômico, gerando graves diferenças econômicas e sociais entre países ricos e pobres.

Nessas décadas ocorreram mudanças radicais no panorama da saúde, a prevenção passa a ser fundamental nas escolas médicas e nas investigações científicas. A conferência Internacional de Alma Ata, que se realizou entre 6 e 12 de setembro de 1978, na antiga URSS, esforçou-se para estabelecer diretrizes para uma nova política, capaz de transformar em realidade a tão sonhada “Saúde para todos no Ano 2000”.

No decorrer dos anos 80, o tom do discurso reformador dos países europeus voltou-se para a supremacia da lógica econômica que vem marcando os processos de “ajuste estrutural” aplicados em diversos países europeus, capitaneados pelas reformas desencadeadas no sistema inglês durante a “era Thatcher”. Entretanto, no Canadá pensava-se em um rumo bem diferente, ampliando-se a idéia de “Promoção da Saúde” presente nas propostas de prevenção primária do modelo da História Natural da Doença, a ponto de intervir no foco em termos dos sujeitos e estratégias de ação, invertendo-se a ênfase na prevenção de doenças para a promoção da saúde. Esta mudança teve sua origem no Relatório Lalonde (1974), como ponto de partida para reformular as políticas de saúde canadense, consubstanciada na carta de Ottawa, de 1986. Esse documento aponta os principais elementos discursivos do movimento da Promoção em Saúde, quais sejam: a) integração da saúde como parte das políticas públicas “saudáveis”; b) atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; c) reorientação do sistema de saúde; d) ênfase na mudança dos estilos de vida (Almeida, 1995, Teixeira, 2000).

O parcial esgotamento do modelo ecológico, ou melhor, de suas limitações na explicação da ocorrência e distribuição das doenças crônico-degenerativas, que passaram a predominar com a transição demográfica e epidemiológica nos países industrializados do mundo contemporâneo, levou à elaboração da proposta do campo da saúde coletiva. Essa

redefinição e atualização não remetem à substituição por um modelo radicalmente distinto, pois a idéia que move o modelo ecológico é, praticamente, a mesma que rege o campo da saúde, ou seja, a noção de multicausalidade dos fenômenos relacionados com o processo saúde-doença. (Dever, 1984, Teixeira, 2000).

No final do século XX, a prevenção restringe-se às ações específicas sobre problemas de saúde descritos, identificados e analisados como riscos, danos ou agravos. A promoção à saúde refere-se às questões não específicas, intrasetoriais, direcionadas às condições de modos de vida coletivos.

Para Teixeira,

Para além da busca de alternativas à crise de modelo médico hegemônico por meio da avaliação de saberes e práticas que tomam como objeto e sujeito o indivíduo, é possível imaginar-se que uma das principais características das práticas de saúde no futuro será a ênfase concedida à pesquisa e às práticas de prevenção. Nesse sentido, uma exploração das possibilidades colocadas para o século XXI pressupõe análise das tendências da produção de conhecimentos e do desenvolvimento das práticas de prevenção, promoção e vigilância da saúde, levando em conta a identificação das perspectivas econômicas, políticas e sociais que se apresentam no momento em que se consolida o processo de globalização da economia e mundialização da cultura (2000:100).

No decorrer desta história, as práticas preventivas fortaleceram-se, no que diz respeito a riscos e agravos à saúde, nos diversos espaços da vida social, com a incorporação de produtos e tecnologias de consumo individual no ambiente doméstico (casas inteligentes), no trabalho, na escola, nas atividades de lazer, podendo ser, cada vez mais, privilégios de poucos, ampliando a desigualdade entre grupos sociais, em termos de condição, estilo e modo de viver.

Entretanto, as ações de promoção da saúde:

“...Implicam o desenvolvimento de tecnologias radicalmente novas”, dificilmente redutíveis a mercadorias de consumo individual por grupos economicamente privilegiados. Pelo contrário, implicam o desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos de comunicação social e marketing sanitário, voltados à mobilização em torno de mudanças no âmbito das políticas públicas, bem como nas condições e nos modos de vida de grupos populacionais expostos a riscos diferenciados, o que pressupõe alterações nas relações de poder. Essas mudanças nas relações políticas e sociais vêm sendo anunciadas nos textos sobre promoção da saúde, como no processo de empowerment de grupos populacionais específicos, o que significaria não apenas a mobilização em torno de direitos gerais de cidadania, senão que a organização de ações político-sociais específicas que conectem indivíduos e grupos com problemáticas e preocupações comuns (Teixeira. 2000:104).

A expansão de conhecimentos sobre estratégias e práticas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida subsidiará a formação de novos sujeitos das práticas de saúde, ampliando-se além do estado, das empresas médicas e das organizações comunitárias. Esta mudança pode concretizar-se através da movimentação internacional das “cidades saudáveis”, ou seja, a revalorização do território mais imediato, seja a rua, o bairro, a cidade. Ao mesmo tempo, a velocidade nas transformações nos meios de comunicação favoreceram a conexão de grupos e tribos que compartilham ideais, praticam modos de vida em comum e buscam soluções para problemas em comum. No campo da saúde, esse movimento solidifica-se a cada dia em torno da AIDS e também na construção de uma cultura da Paz nas grandes cidades atingidas pela violência. Os movimentos ecológicos, mais amplamente, relacionam-se com questões ambientais, voltadas para a preservação da vida no planeta. (Ibáñez & Marsiglia:2000; Teixeira:2000).

Ao relatarmos a história da prevenção, não tivemos a pretensão de trabalhar de forma exaustiva cada momento histórico, mas, sim, de dar início ao processo arqueológico de investigação.



CAPÍTULO II

Um breve histórico da Organização Pan-Americana da Saúde

Estamos comemorando cem anos da primeira reunião da OPAS, que ocorreu em Washington, em 2 de dezembro de 1902, com representantes dos países do continente americano, para organizar um grupo contra a propagação de epidemias e doenças infecto-contagiosas que assombravam as Américas e a Europa no início do século passado. A união e decisão destes homens idealistas deram origem a um órgão internacional que se dedicou exclusivamente às questões referentes à saúde.

No início chamava-se Oficina Sanitária Pan-Americana, tornando-se posteriormente Organização Pan-Americana da Saúde, sendo esta a primeira a proporcionar técnicas para prevenir, controlar e erradicar doenças, promover saúde, estimular a investigação, capacitar e treinar agentes de saúde, informar os profissionais e a população sobre os aspectos científicos, técnicos e sociais referentes à área de saúde.

No decorrer da sua história, foi ampliada a atuação desta instituição; no início, existia uma preocupação fundamental com as doenças que necessitavam de quarentena dando abertura para a atenção primária, ou seja, a gênese de um movimento preventivista nas Américas. Pensar na atenção primária não se limitou apenas às questões referentes à saúde, mas implicou também em uma projeção ética e política dos países americanos para melhorar a saúde de toda a sociedade e diminuir a distância dos que têm acesso ao serviço de saúde e aqueles que estão em total desamparo. A OPAS desenvolveu-se nesses cem anos, com ideais compartilhados entre os países das Américas e com o objetivo comum de encontrar soluções para os problemas de saúde de cada cultura do continente americano.

Pensar na história da OPAS é refletir sobre a atuação de vários atores sociais, homens e mulheres, muitas vezes anônimos, que, com seus ideais, conhecimentos, dedicação e afinidades acreditaram que era possível melhorar as questões referentes à saúde nas Américas, desprendendo-se gradativamente do domínio europeu. Esta exposição tem como fonte primária de informação o documento *Boletín de la OSP. Vol. 113, Nos. 5y6, NOV/DIC.1992.*

Do início até a Primeira Grande Guerra (1902-1920)

As sementes do que se converteria na Organização Pan-Americana da Saúde foram lançadas no final do século XIX, quando os dirigentes políticos de todo o mundo, preocupados com sérios problemas de saúde existentes em seus países de origem, reuniram-se em quatro cruciais conferências sanitárias internacionais: a primeira e a segunda celebradas na cidade de Paris, em 1851 e 1859, a terceira em Constantinopla, no ano de 1866, e a quarta em Viena, em 1874.

Para todos os países do continente americano estas conferências foram pouco animadoras, pois a maioria dos participantes eram europeus e todas as conferências foram realizadas em países da Europa, ocasionando uma centralização da discussão em torno de problemas referentes à realidade do “velho continente”.

Em 1870, a epidemia da febre amarela propaga-se no Brasil, Paraguai, Uruguai, Argentina. Só em Buenos Aires ocorreram mais de 15 000 mortes. A temida “Yellow Jack” chega aos Estados Unidos em 1878; o contato marítimo desencadeou, no rio Mississipi, mais de 100 000 casos e 20 000 mortes (Bol Of Sanit Panam 1992:382). Era evidente que para combater esta epidemia tornava-se necessário fazer algo no plano internacional; convoca-se, então, a Quinta Conferência Internacional, desta vez no continente americano “...com a finalidade de instituir um sistema internacional de notificações sobre a situação sanitária dos portos e lugares...”. (Bol Of Sanit Panam 1992:382)

Entre os participantes da conferência que ocorreu em Washington, D.C, em 1881, figuraram 10 delegados do hemisfério ocidental – principalmente diplomatas destacados dos Estados Unidos e “delegados especiais”, ou seja, especialistas em temas médicos, procedentes de quatro países.

Um deles era Carlos J. Finlay, (médico cubano), delegado especial da Espanha que representava Cuba e Porto Rico. Finlay deu realce a um assunto que, de outra maneira, não passaria do âmbito administrativo, quando, em 18 de fevereiro de 1881, apresentou uma importante teoria científica: a transmissão da febre amarela requeria um agente intermediário. Pouco depois, identificou o mosquito *Aedes Aegypti* (então denominado

Stegomyia fasciata) como o inseto vetor da doença. O trabalho de Finlay sobre a etiologia e o modo de transmissão da febre amarela permitiu aos países americanos adaptar medidas preventivas para lutar contra a doença e iniciar um movimento em prol da cooperação interamericana.

Em 1890, a Primeira Conferência Internacional dos Estados Unidos, realizada em Washington, estabeleceu a Oficina Internacional das Repúblicas Americanas, hoje denominada Organização dos Estados Americanos, com o propósito inicial de organizar e divulgar informações comerciais. Na Segunda Conferência, realizada na cidade do México, de outubro de 1901 a janeiro de 1902, recomendou-se que a Oficina Internacional realizasse “uma convenção geral dos representantes das oficinas de salubridade das Repúblicas Americanas”, para formular acordos e disposições sanitárias, e celebrar periodicamente convenções de saúde. A convenção geral também deveria designar uma junta executiva permanente constituída por, no máximo, cinco membros, que se denominaria “Oficina Sanitária Internacional”, com sede em Washington.

A primeira Convenção Sanitária das Repúblicas Americanas, realizada em Washington, entre 2 e 5 de dezembro de 1902, teve a participação de representantes de 11 países, tendo como objetivo central assegurar uma cooperação eficaz para o aumento da saúde nas Américas. Com o fortalecimento das reuniões, elas passaram a ser chamadas de conferências. A conferência de 1902 foi a primeira de uma série de conferências realizadas a cada quatro anos.

Com o título de “Conferência Sanitária Hoje” , o jornal Washington Post informou a seus leitores, em 2 de dezembro de 1902, que:

La Conferencia Sanitaria de las Repúblicas Americanas será inaugurada hoy a las 10 de la mañana en el Hotel New Willard por el Dr. Walter Wyman, inspector general de sanidad del servicio de hospitales de la Marina. Se pasará lista de las repúblicas y habrá una breve presentación de cada una. El Presidente Theodore Roosevelt recibirá a los delegados el jueves al medio día (Bol Of Sanit Panam,1992:383).

Na primeira conferência, o Dr. Finlay apresentou um informe científico, através da formulação de uma questão: “O mosquito é o único agente através do qual se transmite a febre amarela?” E responde a sua própria questão, sem dúvida nenhuma, com um “sim”.

Os trabalhos apresentados na Segunda Conferência Sanitária Internacional, realizada no Hotel New Willard, no mês de outubro de 1905, relatou o êxito das campanhas contra a febre amarela em Cuba, Zona do Canal do Panamá e México. A Conferência estabeleceu um precedente importante: no caso de epidemias, as autoridades nacionais seriam responsáveis pelas campanhas de quarentena e controle das doenças, decidindo-se que cada país deveria tomar medidas nacionais. O interesse de assegurar a continuidade da Oficina levou a convenção a estabelecer procedimentos operacionais regulares, realizando reuniões de delegados autorizados a cada dois anos.

Cabe advertir que não foram nos cinco anos posteriores que os países das Américas estabeleceram sua Oficina Sanitária Internacional. Um grupo de países predominantemente europeus, durante a reunião da Conferência Sanitária Internacional, realizada em 1907, na Itália, firmaram um acordo para estabelecer a Oficina Internacional de Higiene Pública, com sede em Paris. Quando os representantes das Américas reuniram-se na cidade do México, em dezembro de 1907, para realizar a terceira Conferência Sanitária Internacional, autorizaram a Oficina a estabelecer relações com a Oficina Nacional de Higiene Pública; com um tom de suficiência “novo mundista”, tais representantes sugeriram explicitamente que os países europeus adaptassem-se às diretrizes elaboradas durante a Conferência Sanitária de 1905 em Washington, para que as colônias do Hemisfério Ocidental cumprissem as resoluções das Repúblicas Americanas sobre a febre amarela.

A terceira convenção propôs que cada país estabelecesse uma comissão composta de três autoridades médicas e sanitárias para contribuir no direcionamento da Oficina Sanitária Internacional de Washington, e uma “Comissão Sanitária Internacional Informadora das Repúblicas Americanas” com o compromisso de reunir e comunicar dados referentes à saúde pública.

A Oficina começou a tomar forma paulatinamente, compreendendo cada vez mais as questões referentes à saúde e à doença, no que diz respeito aos acontecimentos nacionais e internacionais. Com os avanços tecnológicos que ocorriam e o crescente conhecimento sobre as doenças, aos poucos passou-se das atividades de quarentena das doenças transmissíveis para a prevenção e controle ativo dos focos epidemiológicos, tendo como base a organização dos serviços de saúde e educação sanitária da comunidade.

Na Quarta Conferência Sanitária Internacional, realizada na Costa Rica entre dezembro de 1909 e janeiro de 1910, discutiu-se sobre a melhoria na saúde internacional, demonstrou-se um maior interesse pela saúde coletiva e vieram à tona temas como: a vacinação contra a varíola, campanhas contra a malária e a tuberculose, legislação sanitária internacional, além de estudos sobre doenças tropicais com base científica, dando maior importância à parasitologia e à anatomia patológica, às investigações de laboratório e à medicina geral.

A Quinta Conferência Sanitária Internacional que ocorre em Santiago, no mês de novembro de 1911, propõe que os delegados das conferências, sempre que possível, “sejam autoridades sanitárias de seus próprios países”. Participaram 14 países e foram aprovadas 26 resoluções. Para que o trabalho passasse a ser mais dinâmico, estabeleceu-se que os delegados dinamizassem as decisões dos países, e que as Comissões Sanitárias Informadoras nas Repúblicas Americanas assessorassem seus respectivos governos acerca das obrigações impostas pela Conferência Sanitária. O Dr. Walter Wyman, presidente da oficina, ficou muito doente nesse período, não podendo assistir a Conferência; seu falecimento ocorre 10 dias depois de iniciada a conferência; seu sucessor, o Dr. Rupert Blue, nunca presidiu realmente uma reunião da Conferência, porque a Sexta Conferência Internacional, programada para 1915, foi adiada praticamente por cinco anos, em virtude da Primeira Guerra Mundial. Com o fim da Guerra, as circunstâncias tornam-se propícias para uma nova era de progresso de cooperação no continente americano. O conhecimento científico sobre a causa e a propagação de muitas doenças infecciosas havia avançado o suficiente para se pensar no seu controle, e os governos estavam conscientes da urgência de estabelecer serviços que preservassem a Saúde Pública.

O crescimento da Oficina (1920-1946)

O continente americano vivenciou um período de acelerado crescimento econômico na agricultura e na indústria nos anos 20; era um momento de extremo paradoxo mundial pois, ao fim da primeira guerra, a Europa recuperava-se de uma grande destruição; o desenvolvimento social e econômico na região provocou um crescimento sem precedentes nas comunicações, no comércio marítimo, na construção de vias férreas, estradas e aviação comercial. O reconhecimento que a mão de obra era um elemento indispensável para o desenvolvimento levou os países a preocuparem-se cada vez mais com sua força de trabalho. No vazio cultural deixado por uma Europa devastada, os Estados Unidos da América fortaleciam seus esforços no continente americano, tendendo a melhorar a saúde dos pobres silenciosos, revelados pela investigação biomédica da Fundação Rockefeller na América Latina, que conduziu as campanhas contra doenças transmissíveis e saneamento ambiental em todo o hemisfério.

Nos anos 20 e durante o intervalo entre as duas guerras mundiais, existiram três instituições internacionais da saúde: l'Office International d'Hygiène Publique en París, Sección de Salud de la Liga de Naciones, lançada em 1920, em Londres, e a Oficina Sanitária Pan-Americana, dos quais só a Oficina resistiu até os dias atuais.

A Oficina, primeiramente, teria que recuperar seu direcionamento e organização para iniciar suas atividades. Entre 12 e 20 de dezembro de 1920, realizou-se no Uruguai a Sexta Conferência Sanitária Internacional das Republicas Americanas, que elegeu o Dr. Hugh S. Cumming, Cirurgião Geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, para encabeçar a Oficina, mudando o título de seu cargo de Presidente para Diretor. Na referida conferência, pensou-se também na preparação de um projeto para publicação de um boletim mensal (Boletim Internacional das Repúblicas Americanas).

No primeiro informe anual, em 1921, o Dr. Cummunig afirmou: “A Oficina Sanitária Internacional está hoje em correspondência com os funcionários das juntas da saúde e médicos importantes das distintas repúblicas a fim de cooperar com ela no progresso das condições sanitárias dos portos e territórios, e impedir até onde se pode a existência de doenças contagiosas” (Bol Of Sanit Panam, 1992:387). À medida em que os anos passavam, os informes aumentariam de volume como reflexo de suas atividades.

A Oficina proporcionava o intercâmbio de informação com vários países do continente americano, explicando a importância do *Boletim Pan-Americano de Saúde*, cujo primeiro número apareceu em maio de 1922. Referindo-se à Oficina como “...uma grande empresa em benefício da humanidade...”, o artigo inicial, de permanente atualidade, tratava da importância da cooperação sanitária entre as nações, seguido de uma apresentação sobre o diagnóstico diferencial e a “extinção” da varíola, e um informe resumido das doenças infecciosas em todo o mundo. A tiragem do primeiro número foi de 6630 exemplares em espanhol, 2000 exemplares em português e, posteriormente, imprimiram a cada mês 3000 exemplares em espanhol.

Os primeiros números do Boletim incluíram artigos de autores de toda a região, principalmente norte americanos, mas também mexicanos, colombianos e brasileiros, neste caso representados pelo cientista Carlos Chagas. Os primeiros números abordaram a lepra, a importância da saúde bucal, a higiene sanitária, a difteria, a despoluição das águas, a febre amarela, a sífilis, a tuberculose, a higiene industrial, a malária e a gota. Um artigo regular foi o resumo das doenças infecciosas e, a partir de 1924, o boletim publicou resoluções das Conferências Sanitárias Pan-Americanas. Quando mudaram, em 1923, os nomes oficiais da instituição de Conferência Sanitária Internacional e Oficina Sanitária Internacional para Conferência Sanitária Pan-Americana e Oficina Sanitária Pan-Americana, o nome da revista mensal mudou para *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*.

Em 1923, o primeiro dos funcionários - Dr. John D. Long cirurgião geral adjunto do Serviço de Saúde Pública do Estados Unidos (USPHS), e posteriormente Subdiretor da Oficina, iniciou suas viagens, realizando missões no Chile, Bolívia, Peru, Equador, Panamá, Cuba e depois por todo o Continente; seus objetivos eram avaliar como estavam as condições de saúde desses países e formular um plano para ampliar a utilidade da Oficina. Por mais de uma década, suas viagens converteram-se na base principal das atividades da Oficina Sanitária Pan-Americana.

Se era escasso o número de funcionários da Oficina, sua situação financeira era pior. Os registros financeiros para o exercício fiscal de 1921-1922 indicavam U\$2830,79, incluídos U\$4,67 para “gastos de viagem” e U\$5,50 para “livros”. No ano de 1923 e 1924, a Oficina fortaleceu-se contratando um ajudante editorial, um auxiliar e um taquígrafo, e o orçamento da Oficina aumentou para U\$11 154,29.

Na Sétima Conferência Sanitária Pan-americana, em Havana, no ano de 1924, a Oficina Pan-americana de Saúde ampliou suas funções e responsabilidades, obtendo uma sólida base jurídica que lhe serviria anos mais tarde como proteção contra tentativas de promover a extinção dessa instituição.

Como um dos principais objetivos da oficina era o de um organismo central de informações sanitárias, o Diretor, a partir do informe anual de 1924, apresentou as condições de saúde de cada país do continente americano. Dois anos mais tarde, suas informações passaram a abranger os governos, atividades da oficina tendiam a estabelecer um serviço estatístico, designando epidemiólogos para os países americanos, esperando que todos os países informassem a OSP sobre as enfermidades e mortalidade, e que esses informes fossem amplos e detalhados, para enriquecer as pesquisas da Oficina.

Em 1929, o Diretor da OPS apresentou resultados das campanhas contra as inúmeras doenças, implantação de medidas de prevenção; no mesmo ano foi criado e impresso um novo código telegráfico, aumentando a velocidade da comunicação. Estes novos implementos nas atividades mostrou a necessidade de encontros periódicos com os diretores de serviços de saúde, para trocar informações e experiências. Em 1926, a oficina assumiu uma nova responsabilidade periódica: realizar a Conferência Pan-americana e reunir os Diretores Nacionais de Saúde das Republicas Americanas, sendo que seis destas conferências tiveram lugar nas Conferências Sanitárias Pan-americanas que se realizaram entre 1926 e 1948.

Em 1927, realizou-se a Oitava Conferência, tendo como tema central problemas Administrativos. O conselho recomendou que a Segunda Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde se reunisse em 1931, e que os governos realizassem estudos de nutrição e divulgassem seus resultados. No Boletim seriam publicados artigos sobre o câncer; neste mesmo período, o Brasil foi muito elogiado por erradicar a febre amarela. A oficina estava começando a ter resultados decisivos e, com eles, a produzir uma boa impressão entre os líderes políticos da região. No informe de 1928-1929, o diretor da União Pan-americana advertiu: “La Oficina Sanitaria Panamericana expresa en modo particularmente feliz y característico el creciente espíritu de cooperación entre las

Repúblicas de América y es la demostración constante del importante servicio que estas naciones pueden rendir unas a otras a través del constante intercambio de información y experiencia” (Bol Of Sanit Panam, 1992:391).

A queda da bolsa de valores, em 1929, inverteu espetacularmente o que haviam sido as economias incipientes da América Latina. Gerou uma enorme crise social, com desemprego maciço e uma disparidade berrante entre ricos e pobres. Apesar desta crise social, a colaboração hemisférica em matéria de saúde estendeu-se por toda a década de 1930.

As condições de saúde no início do século XX, de acordo com o informe do Diretor para 1930-1931, incluíam a peste (Argentina, Chile, México e Estados Unidos); a oncocercosis na Guatemala e México; a malária e a tuberculose em muitos países; o sarampo na totalidade dos países, e uma crescente mortalidade de câncer na região. A oficina realizou estudos epidemiológicos na América do Sul, em cooperação com as autoridades nacionais e locais. Melhorou a seção no Boletim sobre prevalência das doenças nos países americanos, foi e lançou uma nova seção: “Informes sanitários Semanais”, utilizando as informações telegrafadas mais recentes.

A Segunda Conferência Pan-americana de Diretores Nacionais de Saúde, em abril de 1931, considerou uma ampla gama de temas: saneamento urbano e rural, administração adequada da água, controle da produção de leite e expansão, notificação das doenças transmissíveis, doenças venéreas, tuberculose, parasitas intestinais, varíola, malária, peste, higiene industrial, proteção da maternidade e da infância, nutrição, drogas aditivas e oncocercosis. Também analisou-se o efeito do anteprojeto do regulamento concebido para evitar a propagação das doenças de quarentenas através da aviação comercial, que havia sido remetida à Oficina por l’Office International d’Hygiène Publique, sendo que, posteriormente, a OIHP aceitou a verba da conferência.

Pós Segunda Guerra -1946-1958

Como toda guerra produz caos e destruição, nasce neste período a necessidade de cooperação entre os países para a resolução dos problemas vigentes. Com a intenção de fortalecer esse elo, reúnem-se, em algum restaurante na cidade de São Francisco, três médicos: um chinês, um norueguês e um brasileiro, dando início à história da Organização Mundial de Saúde (OMS), contada pelo Dr. Szeming Sze, médico da delegação chinesa na conferência convocada para traçar o esboço da Constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945.

A partir de então, em fevereiro de 1946, o conselho Econômico Social das Nações Unidas convocou uma Comissão Técnica Preparatória da Conferência Internacional, cujo objetivo era criar um órgão internacional de saúde. Este comitê reuniu-se em março e abril de 1946, em Paris, com a participação de 16 especialistas em saúde pública, dentre esses os doutores Hugh S. Cumming e Arístides A. Moll. Os participantes debateram sobre temas relacionados ao futuro da formação de um órgão internacional de saúde e a proposta de realização de uma conferência em junho deste mesmo ano, para a concretização de um organismo que não se chamaria “Organização Internacional de Saúde”, mas “Organização Mundial de Saúde”.

Conforme as atas da conferência, o Dr. Cumming alertou que o momento era propício para estabelecer uma organização internacional de saúde, com caráter governamental. A existência de Oficinas Regionais tinha o objetivo de manter-se e ampliar-se, dentre elas própria Oficina Sanitária Pan-Americana, cuja importância da atuação nos países da América Latina merece destaque.

Quando a Conferência Internacional de Saúde reuniu-se, em junho de 1946, os Doutores Cumming, John. R. Murdock (Subdiretor), Moll (Secretário) y John D. Long participaram como representantes da oficina. De acordo com as atas, a questão principal que teriam que resolver na conferência era determinar a relação da organização de saúde (OMS) com a Oficina Sanitária Pan-Americana, esta mais antiga e mais importante em existência. Os delegados americanos defenderam firmemente a oficina, apresentando uma resolução que defendia o princípio da “lealdade em dobro”, no sentido de que a Oficina Sanitária Pan-americana teria autonomia para promover projetos e programas regionais de saúde entre as repúblicas americanas em harmonia com as políticas gerais da OMS.

Com o objetivo de conciliar os distintos pontos de vista, a conferência estabeleceu uma subcomissão, com objetivo de intermediar essas relações e com a elaboração do seguinte texto, que posteriormente foi aprovado pela conferência e incluído como artigo 54 da Constituição da OMS:

“La Organización Sanitaria Panamericana, representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas, y todas las demás organizaciones intergubernamentales regionales de salubridad que existan antes de la fecha en que se firme esta constitución, serán integradas a su debido tiempo en la Organización. La integración se efectuará tan pronto como sea autoridades competentes, expresada por medio de las organizaciones interesadas (Bol Of Sanit Panam. 113:398)”.

Em julho de 1946, 61 Estados firmaram a Constituição da Organização Mundial de Saúde. A Constituição conta com uma introdução e 19 capítulos, com 82 artigos que estabelecem seus objetivos gerais, enumerando suas funções, especificando sua estrutura central e regional, definindo suas condições jurídicas e estipulando relações de cooperação entre as Nações Unidas e outras entidades, tanto governamentais como privadas, que trabalham com temas referentes às questões de saúde.

Os delegados das 21 repúblicas americanas assistiram à XII Conferência Sanitária Pan-americana, realizada em Caracas no mês de janeiro de 1947, tendo eleito, nesta conferência, o Dr. Fred L. Soper para o cargo de Diretor da Organização Sanitária Pan-americana. Quando foi firmada a constituição da OMS, os membros chamaram atenção sobre o progresso constante da Organização Sanitária Pan-americana como fator determinante no andamento da Saúde Pública das Américas. Nesta conferência, decidiu-se reformular a identidade da oficina para Organização Sanitária Pan-americana (OSP), com quatro órgãos: a Conferência Sanitária Pan-americana - o órgão diretor supremo da Organização - o Conselho Diretivo, representado por cada um dos governos membros e o Comitê Executivo, com sete membros eleitos pelo Conselho Diretivo. Os objetivos a partir de então direcionam-se para a criação de novos programas que abrangessem os aspectos

médicos sanitários da medicina preventiva, atenção médica e assistência social. Proporciona-se aos governos membros um controle direto e ativo sobre a política e programas da Oficina e o desenvolvimento de uma organização que pudesse relacionar-se com a Organização Mundial de Saúde.

A guerra havia permitido o crescimento da economia de alguns países, sendo que a contribuição do comércio para a América Latina era de 30%. O progresso e o nível de produtividade no continente Americano estava muito acelerado, elevando o nível de vida e a autonomia entre os países americanos, fortalecendo economicamente a Organização Sanitária Pan-americana.

Em 24 de maio de 1949, o Diretor Geral da OMS, o Dr. Brock Chisholm, e o Diretor da oficina, o Dr. Soper, firmaram um acordo, durante a segunda Assembléia Mundial de Saúde, para fortalecer formalmente a relação entre ambas as entidades. Como resultado, a oficina Pan-americana converteu-se na Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde para as Américas, ao mesmo tempo que mantinha sua identidade como Oficina Sanitária Pan-americana.

Com a consolidação do fortalecimento da Oficina Pan-americana, o Dr. Soper informou aos delegados da XIII Conferência Sanitária Pan-americana, realizada na Republica Dominicana, em 1950, que estava concentrando suas atividades principalmente no desenvolvimento dos mecanismos profissionais e administrativos requeridos pelo oficina, para o desempenho eficaz de seu mandato, unificar as atividades da Oficina e da Organização Mundial de Saúde nas Américas, em um programa único. Dado o crescimento da organização, debateu-se a necessidade de obter uma sede própria; vários países oferecem-se México, Panamá, Peru, e os Estados Unidos, para alocar a sede. Ao final da conferência, selecionou-se os Estados Unidos e, em 1951, com a ajuda da Fundação W.K. Kellogg e Rockefeller, adquiriu um edifício provisório para a sede na avenida New Hampshire, em Washington.

Era o momento de reformular outra relação, desta vez no sistema interamericano. Para estabelecer suas funções respectivas, a Organização Sanitária Pan-americana e a Organização dos Estados Americanos (OEA) redigiram um acordo,

reconhecendo a OPS como organismo interamericano especializado, reafirmando sua autonomia e definindo os princípios das relações mútuas, intercâmbios de informações, incluindo um compromisso por parte da OSP de tomar em conta as recomendações do conselho da OEA.

Após resolver os problemas organizacionais e financeiros com relação à OMS e à OEA, e os locais da sede, o Diretor dispôs-se a criar uma oficina que pudesse abordar com eficácia as condições de saúde na região na medida de seus ciclos. Segundo o Dr. Soper, tal ofício se encaminharia da seguinte maneira: “...la población en algunos países aún sufre enfermedades epidémicas tales como la fiebre tifoidea, la variuela, la peste, la malaria y la disentería; la mortalidad infantil es excesiva, la nutrición inadecuada, los hospitales modernos prácticamente inexistentes y esperanza de vida promedio baja... Naturalmente, la Oficina concentrará sus esfuerzos allí donde la necesidad es mayor y en los campos que tenemos conocimientos especializados (Bol Of Sanit Panam. 113:402)”.

O período de investimentos na prevenção e saúde (1958-1975)

No início da década de 60, os governos dos países americanos estavam tendo mais clareza sobre os problemas que o desenvolvimento econômico trazia junto com a moderna tecnologia, objetivando melhorar a qualidade de vida da maioria da população. Após o Ato de Bogotá em 1960, os países membros da Organização dos Estados Americanos estabeleceram os conceitos das políticas e programas de saúde, criando um Fundo Especial para o desenvolvimento social e cooperação na promoção de um desenvolvimento econômico social, com o propósito de melhorar as condições de vida dos povos.

Este compromisso constituiu o alicerce da Carta de Punta del Este, fruto de uma Reunião Extraordinária do Conselho Internacional Econômico e Social, realizado em Punta Del Este, Uruguai, em 1961. A carta firmou, de um lado, a estreita relação entre os recursos naturais e humanos, de outro, o progresso das relações sociais e culturais e identificou a importância do planejamento para orientar os problemas de acordo com sua

prioridade, meios de solução e suas possibilidades para produzir um efeito sobre o bem-estar social. A carta esboçou seus objetivos gerais: aumentar a esperança de vida no mínimo em cinco anos e realçar a capacidade para aprender e produzir o melhoramento da saúde individual e coletiva. Seus objetivos específicos foram, entre outros, o abastecimento da água e saneamento, a redução da mortalidade infantil, o controle de doenças transmissíveis, capacidade de desenvolvimento dos profissionais de saúde, fortalecimento dos serviços básicos e intensificação de investimentos nas pesquisas científicas, utilizando os conhecimentos para prevenir e curar doenças. A carta foi acompanhada através do Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso, instrumento jurídico que serviria de marco para políticas nacionais de desenvolvimento que estabeleceram uma íntima relação entre os objetivos de saúde e programas de metas e ação.

A Organização Pan-americana de Saúde convocou uma reunião, em 1963, com os Ministros de Saúde, sendo sua missão a seguinte: “A la luz da Carta de Punta del Este, hemos analizados a salud en las Americas como problema técnico, social, económico, jurídico y cultural...Hemos establecido un grupo de medidas de orden práctico para llevar a cabo los objetivos de salud de la Carta. Su cumplimiento se traducirá en un mejor bienestar...(Bol of Sanit Panam 113:408)”. O grupo de estudo concluiu que o Plano Decenal de Saúde Pública podia concretizar os objetivos para o desenvolvimento econômico e social; a cláusula da reunião do grupo de estudo do Dr. Horwitz chegou à seguinte conclusão: “La salud contribuye directamente al desarrollo económico y social que prolonga la vida y aumenta la productividad, o indirectamente puesto que facilita el aprovechamiento de los recursos naturales reduciendo o eliminando factores ambientales desfavorables (Bol of Sanit Panam 113:408)”.

Desta maneira, estabeleceu-se o marco político para alcançar os propósitos da Organização, tal como define a constituição, em combater as doenças e prolongar a vida, estimulando o melhoramento físico e mental dos grupos sociais. Para alcançar estes fins, a Organização centralizou suas atividades na prevenção e erradicação das doenças transmissíveis, estudando as questões ambientais, falta de água e saneamento básico, má nutrição e formação de recursos humanos e realizando investigações para melhorar os serviços nacionais de saúde. Foi estabelecida uma parceria com o Banco Interamericano de

Desenvolvimento, denominada pelo Dr. Horwitz como “Banco da Saúde”, em conjunto com as instituições que formularam uma verdadeira política de inversão nas questões de saúde, permitindo aos países da região ter um progresso importante durante as décadas de 1960 e 1970.

Em 1967, foi firmado em Punta Del Leste, “O plano de Ação”, no qual os governos americanos reconheceram que a saúde era um fator fundamental no desenvolvimento econômico e social do continente americano. A declaração enfatizou a necessidade da industrialização, a modernização da vida rural e a consolidação das comunidades culturais e científicas para constituir uma comunidade econômica eficiente.

A Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em Buenos Aires em 1968, sublinhou a fundamental importância do aproveitamento dos recursos naturais para o desenvolvimento social e econômico, e destacou o contínuo valor que têm a saúde individual e coletiva para o bem-estar da sociedade.

Estas décadas trouxeram a determinação coletiva de planejar novamente o futuro, incorporando o Plano Decenal de Saúde para as Américas de 1971-1980. De acordo com as palavras do Diretor, “Los Gobiernos han decidido programar la década para lograr metas que sean sin ambigüedades un reflejo de la enorme riqueza de experiencia, el espíritu de progreso y las aspiraciones de las Américas (Bol of Sanit Panam 113:409)”. Este plano valorizou as condições de saúde e a infra-estrutura à luz das realidades ambientais, a condição da saúde materno infantil, a alimentação e a nutrição, a disponibilidade de recursos e a participação da comunidade nos programas, tendo em conta a experiência obtida na década anterior e a necessidade de aumentar os avanços realizados para melhoria das condições futuras. Ocorreram, igualmente, reconhecimentos para aspectos específicos de interesses específicos, ou seja, proteger ao máximo os direitos de 120 milhões de pessoas que careciam da atenção mínima de saúde no continente americano.

Neste período, o investimento na educação médica no Continente Americano foi intenso; trabalhando em parceria com inúmeras campanhas, a Organização Pan-Americana contribuiu com o esforço de prevenir, controlar e erradicar tanto as doenças previsíveis, através de vacinas, como as que exigiam outros métodos de prevenção e

controle, além de realizar pesquisas e trabalhos direcionados para saúde materno-infantil e questões ligadas ao meio ambiente.

Saúde para todos (1975-1983)

Os serviços de atenção em saúde cresceram no continente americano em meio à tensão política, econômica e social vivida desde meados dos anos 70 e início dos anos 80, principalmente na América Latina.

A crise do petróleo, que teve início em 1973, gerou uma contínua inflação e afetou principalmente as economias dos países em desenvolvimento. Se tivemos o desenvolvimento econômico de uma minoria de países exportadores de petróleo, presenciamos, em contra-partida, uma catástrofe de muitos países dependentes destes, tendo como resultante a drástica retenção de gastos públicos, com graves conseqüências nos programas sociais e serviços de saúde, ocasionando seqüelas irreparáveis.

Apesar desta situação, os movimentos sociais começavam a emergir novamente, com novas preocupações com as questões ambientais, a camada de ozônio, a chuva ácida e o desmatamento.

Pesquisas no âmbito científico estavam em um ritmo acelerado, cada vez mais o homem viajava para o espaço, explorando o sistema solar. Nasceram os primeiros bebês de proveta; pela primeira vez, os investigadores trataram com êxito uma infecção viral mortal, a encefalite herpética, com a utilização de medicamentos e declarando, em 1980, a erradicação mundial da varíola. Apesar de tantos avanços científicos, surge, no início dos anos 80, uma nova doença muito potente e devastadora para a saúde humana, a Síndrome da Imuno Deficiência (AIDS).

A XIX Conferência Sanitária Pan-Americana, em setembro de 1974, elegeu o Dr. Héctor R. Acuña, do México, para o cargo de Diretor da OPAS; em seu discurso de posse, o Dr. Acuña declarou: “Nuestro propósito es crear un clima que permita, a luz de la sensatez y del estudio, introducir la morbilidad y la mortalidad por infecciones entéricas,

que refuercen el Plan Decenal de Salud e que si es posible, resuelvan problemas ancestrales, tan antiguos como el suministro de agua, el saneamiento del ambiente, el control de vectores, y la fabricación, manejo, distribución y consumo higiénico de alimentos (Bol Of Sanit Panam 113:419)”. A Organização reordenou seus trabalhos para adaptar-se às relações sociais e políticas e, principalmente, às condições de saúde das Américas.

A Assembléia Mundial de Saúde reuniu-se em 1977, concluindo que a principal meta social dos governos e da OMS, nas próximas décadas, deveria consistir em alcançar para todos os cidadãos do mundo em 2000 uma qualidade de saúde que permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Nesse mesmo ano, realizou-se em Washington a IV Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, os países participantes se comprometeram a redobrar suas forças para acelerar a ampliação da cobertura dos serviços de saúde a toda população, e, para alcançar esse objetivo, adaptaram uma política regional com a atenção primária em saúde e a participação da comunidade como principal estratégia. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (Alma Ata, URSS, 1978) emitiu uma declaração reconhecendo que a atenção primária em saúde era a chave para dar um novo direcionamento à saúde universal, como parte do desenvolvimento geral em benefício da justiça social.

No princípio da década de 80, os governos dos países americanos, como havia ocorrido no início das décadas de 1960 e 1970, traçaram o roteiro futuro para as ações coletivas no campo da saúde. Desta vez em busca da saúde para todos, formulando estratégias nacionais e regionais. Em conjunto, os documentos *Saúde para todos no ano 2000, Estratégias (1980) e Plano de Ação de Saúde Para todos no Ano 2000 (1982)* serviram de marco para os programas de saúde da Organização e dos países para o resto do século.

Várias pesquisas e estratégias ocorreram neste período, em relação aos serviços de saúde; sentiu-se necessidade de ampliar e ajustar as políticas em saúde, melhorar a administração para fortalecer o sistema de saúde e os recursos humanos. Para resolver os problemas de saúde da família, a OPAS trabalhou com a multidisciplinaridade em suas atividades de atenção materno infantil, nutrição, saúde mental, saúde dental e educação familiar.

A Organização Pan-Americana cooperou com técnicas para prevenir e controlar doenças; disfunções e incapacidades produzidas por estas exigiram a luta contra as doenças nos serviços gerais de saúde e a ênfase na atenção primária. As preocupações passavam para as doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, buscando meios preventivos para seu controle. Intensificou-se a cooperação em relação ao câncer, diabetes e doenças reumáticas crônicas, prevenção da cegueira, acidentes de trânsito e impactos ambientais.

Rumo ao terceiro milênio (1983-2000)

Durante esses últimos anos ocorreram inúmeros acontecimentos no plano internacional, referentes às questões políticas, econômicas, científicas e sociais: a guerra fria tem um fim, a União Soviética dá espaço à *glasnost*, *perestroika*, e as duas Alemanhas unificam-se com a queda do muro de Berlim. Estes acontecimentos favoreceram a transição do período de desarmamento das potências do primeiro mundo, gerando uma nova esperança para investimentos sociais. Vários países da América Latina conseguiram mudar os regimes autoritários para poder eleger seus próprios presidentes através da democracia, como aconteceu no Brasil em 1992.

Como resultado destas crises, os governos se viram obrigados a aplicar políticas de ajustes impostas por instituições financeiras internacionais e por credores externos. Em 1990, a renda per capita na América Latina e Caribe diminuía quase 10%, e o número de pessoas que viviam em condições de pobreza aumentava mais 200 milhões, o que equivalia a quase metade da população.

Os governos do terceiro mundo tiveram que reduzir suas atividades e seus programas destinados a atender às necessidades sociais, e a escassez de recursos impedia-os de satisfazer as crescentes exigências da população e manter o funcionamento adequado dos serviços de saúde. Os países viram-se obrigados a limitar seus investimentos em medicamentos, o que, por sua vez, reduziu a prestação dos serviços de saúde. A diminuição do capital resultou em cortes de gastos públicos nos serviços sociais, obrigando a sacrificar a atenção em saúde.

O progresso científico e tecnológico nesta última década foi descomunal, os investigadores criaram o primeiro gen artificial, a fibra ótica, a clonagem e o mapeamento genético. Os cirurgiões utilizaram raio laser para desobstruir artérias, médicos efetuaram o primeiro transplante triplo (coração, pulmão e fígado), implantaram o primeiro marca passo acionado por plutônio, com auxílio do avanço tecnológico.

Paralelamente a esse progresso, aconteciam catástrofes ambientais no México, em 1985 um terremoto matou mais de 10 000, e a erupção de um vulcão na Colômbia ocasionou 23 000 mortes. Nos anos seguintes, o maior acidente nuclear da história ocorreu em Chernobyl, URSS, ocasionando inúmeras chuvas radioativas sobre a Europa, o que impulsionou um programa de prevenção de acidentes nucleares. O meio ambiente sofreu sérios prejuízos, vários acidentes ocorreram no Brasil, como o derramamento de petróleo no mar e nos rios.

As Nações Unidas calcularam em 1988 que a população mundial estava aumentando diariamente em cerca de 220 000 pessoas, e em 1990 passaríamos a ter 5000 milhões e 14 200 milhões no ano de 2100. A população das Américas alcançou 735 milhões em 1991, chegando a quase 835 milhões no ano 2000. Atualmente quase três quartos da população mundial vivem nas zonas urbanas em situação de risco, com a esperança de melhores condições econômicas, e chegamos ao ano 2000 com 6 bilhões de habitantes na terra.

O rápido aumento da população e o acelerado crescimento das principais cidades ocasionaram graves problemas de infra-estrutura, epidemias, desemprego, violência, insegurança e marginalidade impulsionando maiores exigências nos serviços de saúde. Em geral, as condições de saúde refletiram problemas relacionados com a pobreza, especialmente doenças transmissíveis e má nutrição, acompanhadas por um aumento dos problemas degenerativos e morte por causas externas. Os serviços de saúde enfrentaram sérias dificuldades quanto à capacidade operativa; viram-se acuados pelas inadequações dos recursos disponíveis.

A OPAS, neste final de século, direcionou suas atividades para o planejamento em saúde e administração; a poliomielite, campanhas contra o tétano, sarampo, a raiva, a lepra, a malária, o controle do *Aedes Aegypti*. A AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis são focos de muitas pesquisas e campanhas de prevenção, a saúde materno infantil e a saúde da mulher nesses últimos vinte anos tornaram-se importantíssimas nas campanhas da OPAS.



CAPÍTULO III

A Arqueologia de Michel Foucault: Um caminho para analisar o discurso da prevenção

Metodologia

Objetivos

Preocupamos-nos em ordenar os capítulos primeiramente de modo geral para dar Início ao processo arqueológico de investigação com o capítulo *Um olhar sobre a história da prevenção*, apresentando de modo amplo como o conceito constituiu-se e institucionalizou-se no limiar de sua positividade. Posteriormente trabalhamos com o capítulo *Um breve histórico do nascimento da Organização Pan-Americana de Saúde*, expondo como a instituição pesquisada formou-se no decorrer do seu centenário.

O capítulo *A arqueologia de Michel Foucault: Um caminho para analisar o conceito de prevenção* está dividido em dois momentos: o primeiro voltado para os objetivos da pesquisa, apresentando os critérios de seleção do material investigado e a delimitação do campo arqueológico. O segundo é direcionado para a história arqueológica, quando nos preocupamos em expor sucintamente como Michel Foucault arquitetou sua metodologia arqueológica, que foi ferramenta fundamental para a análise da formação discursiva dos capítulos *Análise conceitual da prevenção* e *O discurso pedagógico da prevenção*.

A fim de reconstituir o processo de evolução e produção do conhecimento de prevenção no campo da saúde, temos como objetivo desta investigação compreender a formação do conceito de prevenção no discurso da Organização Pan-americana de Saúde.

Do ponto de vista do material a ser investigado, adotamos os periódicos da OPAS (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Educación Médica y Salud e Revista Panamericana de Salud Pública). Esses periódicos são considerados, ainda hoje, importantes fontes documentais de produção e socialização dos conhecimentos no campo da saúde, sendo o produto de um determinado período histórico em que pesquisadores da área de saúde de todo o continente americano puderam contribuir para a produção científica desta organização.

A OPAS foi eleita para a análise da construção do conceito de prevenção porque é a instituição da área de saúde mais antiga do mundo; completa 100 anos em 2002, ou seja, sua história é o testemunho de 100 anos de pesquisa e intervenção no continente americano.

Será feita uma análise de todos os periódicos da OPAS de 1950 a 2000, tendo em vista sua importância para a formação do conceito de prevenção no discurso da instituição. Delimitamos de maneira detalhada a análise das temáticas obrigatórias presentes no período escolhido para investigação. Foram analisados 600 periódicos, tendo como critério a escolha de artigos que tivessem a palavra chave **prevenção** ou **medicina preventiva** nas seções *Artículos* e *Educación y adiestramiento*. Não foram incluídos artigos das áreas de odontologia e enfermagem, já que a opção limitava-se à área médica.

Uma questão relevante que pretendemos compreender é como o conjunto de conhecimentos produzidos em relação ao conceito de prevenção, pela publicações da OPAS, atuou no continente americano, pois a OPAS influenciou muitos órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde.

Desta maneira, consideramos que, ao analisar as publicações da OPAS no período de 1950 a 2000, estaremos nos defrontando com um conjunto importante e rico de temáticas que contribuirão para a compreensão de uma das etapas do processo de formação do conceito no continente americano.

As revistas da OPAS podem ser consideradas, em conjunto, uma instância de intervenção, na medida em que foram concebidas por vários profissionais da área da saúde, constituindo-se em espaço de produção intelectual e cultural do continente americano durante praticamente um século.

A OPAS foi criada com o objetivo de aglutinar os interesses do continente americano e investir em pesquisa e comunicação das informações referentes à situação de saúde de cada país do continente americano.

As publicações da OPAS têm início com o *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, em 1902; em 1967, como as pesquisas sobre educação médica estavam em voga, a Organização lança a *Revista Educación Médica y Salud*, e em 1997, com a extinção dessas, publica a *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Como foi dito, o processo arqueológico teve início no primeiro capítulo; nos próximos capítulos, executaremos o diálogo com os documentos eleitos para a pesquisa e a metodologia arqueológica de Michel Foucault.

Sobre a história arqueológica

É possível analisar a obra de Michel Foucault sob vários ângulos. A pluralidade de temas presentes na sua obra e a originalidade com que foram abordados configuram sua obra como uma vasta fonte de comentários, contribuições e críticas, particularmente para o campo da Saúde Coletiva/Medicina Social¹.

No decorrer da sua produção intelectual e depois da sua morte, seus vários artigos e livros foram lidos, rejeitados, amados, odiados e aceitos. Azevedo levanta uma pergunta que, “...*embora, por sua própria natureza, não possa ser respondida, deve ser feita: Michel Foucault (1926-1984), o arqueólogo do saber, resistirá ao seu tempo e se imporá como leitura obrigatória para as gerações seguintes?*” (1995:05).

Após dezoito anos da sua morte, particularmente *As palavras e as Coisas e a Arqueologia do Saber* permanecem presentes na literatura e nas investigações científicas: “*Concentrando-se fundamentalmente em dois pontos: a questão do combate ao sujeito como responsável pela história, a superação do antropologismo e da postura humanista, segundo Foucault são questões inspiradas na genealogia de Nietzscheana* (Ferreira.1993:02). Michel Foucault conseguiu ultrapassar os chamados *filósofos de estação, muito comuns após a Segunda Guerra Mundial, cuja trajetória de interesse se assemelha à dos cometas* (Azevedo. 1995:05).

Não é nossa pretensão trabalhar neste capítulo as obras de Foucault, ou estabelecer uma análise crítica sobre as suas contribuições, principalmente aquelas referentes ao campo da medicina, mas sim destacar aspectos da arqueologia, e como ele

¹ Em particular, deve ser salientada a presença de alguns trabalhos brasileiros de grande expressão na produção científica na área da saúde fundamentados na história arqueológica. Roberto MACHADO, *A danção da norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Rio, Graal, 1978, Sérgio AROUCA, *O dilema preventivista*, Campinas, UNICAMP, 1975, LACAZ, *Saúde dos trabalhadores: um estudo sobre a formação discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*, Campinas, UNICAMP, 1996. Marcos A. F. FERREIRA, *Entre a norma institucional e a ação coletiva: Uma arqueologia*

procurou direcionar tal metodologia. Em contrapartida, Nunes nos mostra que a *história arqueológica, desde o momento em que Foucault terminou o seu terceiro trabalho nesta linha, Les Mots et les Choses (1966), antecedida pela História da loucura (1961) e o Nascimento da Clínica (1963), foi alvo de muitos ensaios* (Nunes, 2002:125-134).

Gilles Deleuze reverencia Michel Foucault como um “novo arquivista”, também como “novo cartógrafo”; para Deleuze, seu colega instaura uma nova tipologia do saber, ampliando novas formas de pensar. Segundo Gallo (1995:13), “*a transversalidade do pensamento de Foucault leva-o como um bólido da Filosofia para a História, daí para a Psicologia e a Lingüística, implodindo as corriqueiras fronteiras dos territórios do saber contemporâneo. Um dos topos do saber tematizados por Foucault é exatamente esse amálgama ao qual chamamos de “ciências humanas”: na sua tarefa de arquivista, buscando classificar esse novo saber, depara-se com a automatização do humano, isto é, do homem, sujeito por excelência, que faz objeto de conhecimento*”. Conforme Nunes (2002:125-134), aos 43 anos, Foucault publica, em 1969, “*A arqueologia do saber*” e, antecipando-se às críticas, o próprio autor expõe que esta obra “*não é uma retomada e a descrição exata do que se pode ler na História da Loucura, Nascimento da Clínica ou em As palavras e as coisas. Em muitos pontos é diferente*” (2000:19). Fazendo uma série de questionamentos sobre o que os críticos iriam perguntar em relação a esse novo livro, Foucault responde, como diria seu biógrafo Didier Eribon (1990:178), “*com ardor e se debate como um demônio*”, situando claramente a relação autor/obra: “*Mais de um, como eu sem dúvida, escreveu para não ter fisionomia. Não me pergunte quem sou eu e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever*” (2000:20).

Michel Foucault tem recebido vários rótulos em virtude do novo paradigma científico que propõe: irracionalista, estruturalista, pós estruturalista, funcionalista, jovem conservador, positivista, homicida do sujeito histórico, etc; esses rótulos solidificariam muito mais a relação dos estudiosos com sua obra, que vêem Foucault como um pensador contemporâneo não limitado a uma corrente teórica, mas aberto ao diálogo com todas elas. Apesar dos seus críticos cobrarem um posicionamento político partidário do filósofo, este nunca fechou seus olhos para as injustiças sociais.

da participação em saúde, Campinas, UNICAMP, 1993, José Ricardo AYRES, Objeto da Epidemiologia e

Em um primeiro momento, a leitura da Arqueologia do Saber parece opaca aos olhos do leitor, concentrando-se em um emaranhado de termos, uma avalanche de categorias, repetições, neologismos, pelos quais o autor explora suas idéias. Mesmo uma leitura mais concisa não deixa evitar novas descobertas a cada etapa de leitura, renovando a compreensão do argumento que se supunha ter assimilado e entendido, conseguindo distinguir de maneira árdua a diferença entre cada capítulo. A arqueologia do Saber não é uma obra de fácil compreensão, pois ela apresenta um novo modo de sistematização teórico-metodológico cujo sentido seria, segundo Roberto Machado (1982:57), *não o da formulação do método utilizado em suas obras anteriores, todas consideradas arqueológicas desde o princípio, mas, sim o de uma revisão das condições da análise, um novo projeto que sofreu críticas.*

A proposta de Foucault em seu projeto arqueológico é o de enfrentar uma nova elaboração e compreensão da história, tendo como base de sua proposta a crítica do documento, não com a tarefa de interpretar o documento, “...mas sim *trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações*” (2000:7). Ou seja:

“ Digamos, para resumir, que a história, em sua forma tradicional, se dispunha a “memorizar” os monumentos do passado, transformá-los em documentos e fazer falarem estes rastros que, por si mesmos, raramente são verbais, ou dizem em silêncio coisa diversa do que dizem; em nossos dias, a história é o que transforma os documentos em monumentos e que desdobra, onde se decifravam rastros deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinham sido, uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjuntos. Havia um tempo em que a arqueologia, como disciplina dos monumentos mudos, dos rastros inertes, dos objetos sem contexto e das coisas deixadas pelo passado, se voltava para a história e só tomava sentido pelo restabelecimento de um discurso histórico; poderíamos dizer, jogando um pouco com as palavras, que a história, em nossos dias, se volta para a arqueologia – para a descrição intrínseca do monumento” (2000: 8).

Esta proposta de pesquisa apresenta um novo olhar sobre a investigação da epistême², não se limitando a um corte no solo, mas sim explorando todo o sítio arqueológico, com ferramentas adequadas para esta nova forma de escavação, enfrentando o desafio de uma nova compreensão da história.

Segundo Nunes (2002:125-134), três pontos não podem deixar de ser citados, pois, quando a história retorna à descrição intrínseca do documento, três conseqüências aparecem:

1. A multiplicidade das rupturas e não mais o problema de constituir longos períodos, mas séries, séries de séries (a dúvida da totalização), a individualização de séries, a não linearidade;
2. A noção de descontinuidade, não como o estigma da dispersão, mas como um instrumento e objeto de pesquisa;
3. O esboço de uma história geral de uma história global, que particulariza e redefine o espaço da historicidade e rompe com o princípio da coesão.

As unidades discursivas da obra distribuem-se em quatro partes: Introdução; As regularidades discursivas; O enunciado e o arquivo; A descrição arqueológica e Conclusão. Para a história arqueológica, Nunes (2002:125-134), apresenta três pressupostos que se aplicam a qualquer objeto de discurso:

1. Libertar-se do tema da continuidade histórica, da noção de tradição, de influência, de desenvolvimento e evolução, de mentalidade ou espírito de uma época;
2. Inquietar-se diante de certos recortes ou grupamentos que distinguem filosofia das artes, etc.;
3. Pôr em suspenso as unidades que se definem como livro e obra.

² Epistême não é sinônimo de saber; significa a existência necessária de uma ordem, de um princípio de ordenação histórica dos saberes anterior à ordenação do discurso estabelecida pelos critérios de cientificidade e dela independente. A epistêmê é a ordem específica do saber; é a configuração, a disposição que o saber assume em determinada época e que lhe confere uma positividade enquanto saber. MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982, p. 148-149.

Desse modo, torna-se necessário dialogar sobre alguns conceitos³ que envolvem a análise arqueológica, tendo sempre como horizonte a negação das unidades tradicionais, ocasionando a descentralização do sujeito e a percepção da história em suas descontinuidades. Não é nossa finalidade valorizar mais um conceito do que outro, mas sim direcionar os critérios de operação para a análise arqueológica nesta pesquisa em especial. Por exemplo, o conceito de *arquivo* torna-se de grande importância nesta pesquisa, em função da antecipação de um tipo de discurso a ser pesquisado, como é o caso do “conceito de prevenção no discurso da OPAS”.

Outra ponto refere-se à questão do enunciado, Para Foucault (200:31), “...trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de seu acontecimento; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites de forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui”. Sem antecipar a definição de enunciado, Foucault vai em busca das relações que existem entre eles, procurando delimitar este “jogo discursivo”, em vez de definir desde o início essas supostas unidades chamadas enunciados. Buscando verificar os tipos de relações que os enunciados estabelecem entre si, delineando o discurso, pergunta-se: “que espécie de laços reconhecer validamente entre todos esses enunciados que formam, de um modo ao mesmo tempo familiar e insistente, uma massa enigmática” (2000:36). O autor responde seu questionamento através de quatro hipóteses:

1. A que me pareceu inicialmente a mais verossímil e a mais fácil de provar : os enunciados, diferentes em sua forma, dispersos no tempo, formam um conjunto quando se referem a um único e mesmo objeto. Assim, parece que os enunciados pertinentes à psicopatologia referem-se a esse objeto que se perfila, de diferentes maneiras, na experiência individual ou social, e que se pode designar por loucura (2000:36).

³ A quantidade de expressões e conceitos utilizados por Foucault é enorme, e muitas vezes com diferentes significados. Isto dificulta organizar um vocabulário detalhado sobre a história arqueológica. Tentamos situar aqueles que são fundamentais e que não podem ser marginalizados em pesquisas que pretendam utilizar o enfoque arqueológico da análise do discurso (NUNES. 2002:125-134).

2. Sua forma e seu tipo de encadeamento. Parecera-me, por exemplo, que a ciência médica, a partir do século XIX, se caracteriza menos por seus objetos ou conceitos do que por um certo estilo, um certo caráter constante da enunciação. Pela primeira vez, a medicina não se constituía mais de um conjunto de tradições, de observações, de receitas heterogêneas, mas sim de um corpus de conhecimentos que supunha uma mesma visão das coisas, um mesmo esquadramento do campo perceptivo, uma mesma análise do fato patológico segundo o espaço visível do corpo, um mesmo sistema de transcrição do que se percebe no que diz (mesmo vocabulário, mesmo jogo de metáforas); enfim, parecera-me que a medicina se organiza como uma série de enunciados descritivos (2000:37).
3. Não se poderia estabelecer grupos de enunciados, determinando-lhes o sistema dos conceitos permanentes e coerentes que aí se encontram em jogo? Por exemplo, a análise de linguagem e dos fatos gramaticais não repousaria, com os clássicos (desde Lancelot até o fim do século XVIII), em um número definido de conceitos cujo conteúdo e uso eram estabelecidos de forma definitiva: o conceito de juízo definido como a forma geral e normativa de qualquer frase, os conceitos de sujeito e de predicativo reagrupados sob a categoria mais geral de nome, o conceito de palavra definido como signo de uma representação, etc.? Seria possível, assim, reconstituir a arquitetura conceitual da gramática clássica. Mas, ainda aí, logo encontraríamos limites; sem dúvidas, poderíamos descrever, com tais elementos, apenas as análises feitas pelos autores de Port-Royal; logo seríamos obrigados a constatar o aparecimento de novos conceitos; alguns entre eles derivaram-se, talvez, dos primeiros, mas outros lhes são heterogêneos e alguns até incompatíveis (2000:39).
4. Para reagrupar os enunciados, descrever seu encadeamento e explicar as formas unitárias sob as quais eles se apresentam: a identidade e a persistência dos temas. Em “ciências” como a economia e a biologia, tão voltadas para a polêmica. Tão permeáveis a opções filosóficas ou morais, tão

prontas em certos casos à utilização política, é legítimo, em primeira instância, supor que uma certa temática seja capaz de ligar e de animar, como um organismo que tem suas necessidades, sua força interna e suas capacidades de sobrevivência, um conjunto de discursos (2000:40).

O autor alerta que não se deve esperar um conjunto de enunciados, um recorte linear bem delimitado, cheio de enunciados harmonicamente dispostos, não contraditórios, de maneira que possa reordenar os conjuntos antes desenhados. A perspectiva muda para a compreensão de que norma e combinação dos objetos, conceitos e estilos temáticos devem formar novas unidades, ou seja, a análise deverá resgatar um sistema de dispersão que, caso tenha alguma regularidade, será então a nova norma. Sendo assim, a formação discursiva define-se como:

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlação, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma formação discursiva (2000:43).

Para análise da formação discursiva, o autor classifica quatro categorias descritivas: os objetos, os sujeitos, a formação das modalidades discursivas, e as estratégias. Assim, Foucault descreve sistematicamente os acontecimentos discursivos.

A formação dos objetos é permeada por quatro fases que norteiam o pesquisador a interrogar:

- a) Quais são as superfícies primeiras de emergência desses objetos? Elas precisam ser demarcadas a fim de mostrar onde podem surgir, para que possam em seguida ser designadas e analisadas, segundo determinadas teorias, códigos, etc. Trazer à tona aquilo de que se fala, dar-lhe o estudo de objeto, torná-lo nomeável (2000:47).
- b) Quais são as instâncias institucionais que delimitam o objeto? (2000:47).

- c) Quais são os sistemas que separam, reagrupam, classificam, aproximam, derivam o objeto, estabelecendo grades de especificação? (2000:48).

Foucault apresenta as condições que permitem que apareça um objeto de discurso e dele se fale que este é produto “completo de relações”, sob três modalidades discursivas:

- a) Relações primárias: são reais, não estão presentes no objeto; são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização (2000:52).
- b) Relações secundárias: são reflexivas, formadas no interior do próprio discurso (2000:52).
- c) Relações discursivas: não são internas nem externas ao discurso; estão no limite do discurso, determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar, trata-las, nomeá-las, analisá-las, classificá-las, explicá-las. É “o próprio discurso enquanto prática” (2000:52).

A formação das modalidades enunciativas comporta este nível de descrição das relações das formas enunciadas, ou seja, a relação que se estabelece com o sujeito que enuncia, sendo necessário responder às seguintes questões:

- a) Quem fala? Quem, no conjunto de todos os indivíduos que falam, está autorizado a ter esta espécie de linguagem? Quem é seu titular? Quem recebe dele esta singularidade, seus encantos, e de quem, em troca, recebe, senão sua garantia, pelo menos a presunção de que é verdadeiro? Qual o estatuto dos indivíduos que têm e apenas eles o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente definido ou espontaneamente aceito, de proferir semelhante discurso? (2000:57).
- b) De que lugares institucionais procedem os discursos? De onde o sujeito obtém seu discurso? (2000:58).

- c) Quais as posições do sujeito frente aos diversos domínios ou objetos? É sujeito que questiona? É sujeito que observa? O sujeito utiliza intermediários instrumentais? Que posição o sujeito ocupa na rede de informações, no campo dos domínios teóricos e institucionais? (2000:59).

Considerando, com base na metodologia de Foucault, que os conceitos apareçam numa dispersão, aparentemente em desordem, é necessário que sejam descritos e organizados no campo de enunciados, a fim de estabelecer como se sucedem e como coexistem ao longo de sua formação. As formas de sucessão estão subdivididas em:

- a) Ordem de séries enunciativas que incluem as ordens das inferências, das aplicações sucessivas, dos raciocínios demonstrativos, das ordens das descrições, dos esquemas de generalização, de especificação progressiva, da ordem da narrativa etc (2000:63).
- b) Nos tipos de dependência dos enunciados, dependência hipótese, verificação, asserção - crítica, lei geral, aplicação particular (2000:64).
- c) Esquemas retóricos dos enunciados segundo os quais pode-se combinar grupos de enunciados: como se encadeiam as descrições, deduções, definições, cuja seqüência caracteriza a arquitetura do texto (2000:64).

E nas formas de coexistência, temos:

- a) O campo de presença – pela análise dos enunciados já formulados e que são retomados a título de verdade admitida, descrição exata, raciocínio fundado, pressupostos necessários, crítica, discussão e julgamento (2000:64).
- b) O campo de concomitância: trata-se então, dos enunciados que se referem a domínios de objetos inteiramente diferentes, e que pertencem a tipos de discursos totalmente diversos, mas que atuam entre enunciados estudados, seja porque valem como confirmação analógica, seja porque valem como princípio geral e como premissas aceitas para um raciocínio, ou porque valem como modelos que podemos transferir a outros conteúdos, ou ainda porque funcionam como instância superior com a qual é preciso confrontar e submete, pelo menos, alguma proposição que são afirmadas. (2000:65).

c) Os procedimentos de intervenção não são os mesmos para todas as formações e podem aparecer nas técnicas de reescritura, nos métodos de transcrição, nos modos de tradução dos enunciados quantitativos e qualitativos e vice-versa, nos meios utilizados para aproximação dos enunciados, para refinar a sua exatidão, na delimitação, na transferência, na sistematização, na redistribuição dos enunciados. Neste momento é possível, segundo Foucault, descrever a dispersão anônima (dos enunciados) através de livros, textos e obras, segundo um anonimato uniforme a todos os indivíduos que tentam falar neste campo discursivo (2000:65).

Para Foucault, os discursos organizam-se em conceitos, objetos, enunciados, segundo determinadas estratégias, mas que são difíceis de serem detalhadas. Compreende-se que para a formação discursiva existem diferentes possibilidades estratégicas. Segundo o autor, temos as seguintes direções:

- a) Determinar os pontos de difração possíveis do discurso: pontos de incompatibilidade, de equivalência, de junção de uma sistematização (2000:73);
- b) Estudar a economia da constelação discursiva: a relação do discurso com aqueles que lhe são contemporâneos ou vizinhos, a fim de estabelecer analogias, oposições, complementaridade, singularidades (2000:73).
- c) Estabelecer a função que deve exercer o discurso em um campo de práticas não discursivas quanto as relações sociais (nas práticas, decisões políticas, praticas cotidianas), nos regimes e processos de apropriação do discurso (grupos sociais), posições possíveis do desejo em relação ao discurso (elemento de simbolização) (2000:74).

Segundo Ferreira (1993), não se deve encarar a formação discursiva como uma unidade abstrata, do tipo que o classificaria como um sentido universalizante, pois nessa perspectiva todo conteúdo histórico do discurso seria abstrato. Entretanto, ela se justifica respondendo ao analista que: essa relação ocorre entre prática discursiva e não discursiva, dando lugar a um determinado discurso, comportando-se assim como categoria histórica.

Para Foucault, a unidade dos discursos é o enunciado, distinguindo o enunciado da proposição dos lógicos, da frase dos gramáticos, dos *speech act*⁴ dos analistas. Tece extensos argumentos para diferenciá-lo dessas categorias e conclui: ele não é em si mesmo uma unidade, mas uma função que cruza um domínio de estrutura das unidades possíveis e que faz aparecer, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço. Apresenta-o como:

“... uma função de existência que pertence, em particular, aos signos, a partir dos quais pode-se decidir em seguida, pela análise ou pela intuição, se faz sentido ou não, segundo que regras se sucedem ou se justapõem, de que signo, e que espécie de ato se encontra efetivado por sua formulação (escrita ou oral) (2000:99).

Já no que diz respeito à função enunciativa, Foucault explica-a a partir de quatro teses:

1. O nível enunciativo de uma formulação “não se pode fazer nem por uma análise formal, nem por uma investigação semântica, nem por uma verificação, mas pela análise das relações entre o enunciado e os espaços de diferenciação, em que ele mesmo faz aparecer as diferenças” (2000:105).

⁴ Os “Speech-Acts” nasceram da corrente analítica britânica de lingüística, de tradução neopositivista; foram elaborados desde 1939 por AUSTIN, que se deu conta do uso dos performativos da língua (verbos cujo uso implicam falar e fazer simultâneos: “eu prometo!”) que exigem uma gramática particular para defini-los. Mais Tarde, J L SEARLE ampliou a abordagem, dividindo os atos de linguagem em ilocucionários e perlocucionários, enriquecendo a análise da ação em linguagem. Para consulta mais completa, ver J AUSTIN, How To Do Things With Words, 1962, J L SEARLE, Speech Acts, 1969 e Oswaldo DUCROT, Actos Linguístico, in Enciclopédia Einaudi, Vol. 3 – Linguagem, Enunciação, p. 439-57.

2. Como o sujeito do enunciado não necessita ser concebido como idêntico ao autor da formulação, “Descrever uma formulação enquanto enunciado não consiste em analisar as relações entre o autor e o que ele diz (ou quis dizer, ou disse sem querer), mas em determinar que é a posição que pode ou deve ocupar todo indivíduo para ser o sujeito (2000:105).

3. A função enunciativa não pode se exercer sem a existência de um domínio associado. É este campo associado que torna uma frase ou uma série de signos em enunciado. Assim, o enunciado se inscreve no interior de uma série de outras formulações; possibilitando sua seqüência ou sua réplica, seu desaparecimento ou sua valorização para o discurso futuro (2000:109).

4. O Enunciado deve ter existência material. *“O enunciado é sempre dado através de uma espessura material, mesmo se ela está dissimulada, mesmo se, apenas surgida, está condenada a desvanecer (2000:115).*

A materialidade do enunciado implica sua autonomia de repetir-se, ato esse que pode alterar ou não sua identidade. Que parâmetros são necessários para enfrentar essa questão posta pela repetição do enunciado e sua alteração/manutenção? Ela pode ser parcialmente solucionada pela relação enunciado e enunciação. Enquanto a enunciação é um acontecimento que não se repete, tem uma singularidade datada que não se pode reduzir, o enunciado pode ser repetido, mesmo sob modalidades materiais distintas, em que essa identidade não se altere. Esta solução que Foucault encontra não é a mais adequada para soluções no plano da realidade concreta do texto: a manutenção da identidade seria dada por constantes de signos ao nível da frase ou da proposição, portanto de natureza lógica, gramatical, semântica, etc.

Se o enunciado e a formação discursiva surgem por descrição de um âmbito de relações, o discurso guiar-se-á por elas. Este não será um grande enunciado, subdividido em enunciados menores, mas um conjunto de enunciados regulados por uma formação

discursiva. Esta formação possibilitará, na confluência de enunciados dispersos, a definição de um determinado discurso. *“O que foi definido como formação discursiva esconde o plano geral das coisas ditas ao nível específico dos enunciados. Define-se aí o discurso como “um conjunto de enunciados, na medida em que provém da mesma formação discursiva;... constituído por um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência” (2000:135).* Essa delimitação é imprescindível na definição, pois modula o conceito de acordo com as possibilidades reais do surgimento de “discursos, que são definitivamente históricos. Desta forma, uma análise arqueológica, sem partir de unidades estruturadas, irá investigar, numa multidão paradoxalmente rara de enunciados, os recortes que indicarão, delimitarão um campo enunciativo, um discurso.

Sendo a proposta foucaultiana estudar a existência dos acontecimentos discursivos (sistemas de enunciados) de uma cultura, propõe que esses sistemas denominem-se de **arquivo**. *“O arquivo é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares (2000:149). É o sistema geral da formação e da transformação dos enunciados (2000:150).*

Esse arsenal de conceitos compõe as ferramentas para trabalhar a história sob a perspectiva arqueológica. A tradição da história linear, global, totalizadora, relegava ao esquecimento processos inteiros, menores em expressão, muitas vezes, efêmeros em sua duração, por outras, mas fértil em sua exclusividade, que mergulhava no ofício dos historiadores⁵, nos grande blocos de eventos, períodos e formas de pensar que não eram decodificados, diferenciados segundo suas especificidades e contradições. A arqueologia aplica-se de maneira totalmente distinta com referência às contradições:

“Para a análise arqueológica, as contradições não são nem aparências a transpor, nem princípios secretos que seria preciso destacar. São objetos a descrever por si mesmos, sem que se procure de que ponto de vista podem-se dissipar (2000:174).

⁵ “ A história das idéias normalmente dá um crédito de coerência ao discurso que ela analisa...se encarrega de encontrar...princípio de coesão que organiza o discurso e restitui-lhe uma unidade oculta. Essa lei de

A arqueologia trata as contradições do material a ser analisado tentando medir o quanto se afastam das regras gerais do discurso; nesta perspectiva, a “*arqueologia descreve os diferentes espaços de dissensão* (2000:175)”. Descrevendo as contradições como parte legítima dos discursos, reconhecendo-as como parte da história, instrumentaliza essa presença de maneira elucidativa, através de categorias que abrangem diferentes tipos, sua localização nos diferentes níveis em que podem ser detectadas, e nas diferentes funções que podem exercer. As contradições, ao apresentarem-se sob diversas formas, repartidas em vários níveis, trazem conseqüências para os discursos, mantendo-os intactos ou desarticulando-os em alguns de seus níveis ou transformando-os inteiramente em outros discursos. Em virtude disto, as contradições, para Foucault, são como “*momentos funcionais determinados*”. Daí que:

“Uma formação discursiva não é, pois, o texto ideal, contínuo e sem aspereza... é antes um espaço de dissensões múltiplas; um conjunto de oposições diferentes, cujos níveis e papéis devem ser descritos. A análise arqueológica revela o primado de uma contradição que tem seu modelo na afirmação e na negação simultânea de uma única e mesma proposição, mas não para nivelar todas as oposições em formas gerais de pensamento e pacificá-los à força por meio de um a priori coator (2000:178).

Portanto,

Trata-se ... de demarcar, em uma prática determinada, o ponto em que elas se constituem, de definir a forma que assumem, as relações que têm entre si e o domínio que elas comandam (2000:179).

Mostrando desse modo uma diferença radical entre arqueologia e história tradicional. Mas Foucault, ainda insatisfeito, reafirma na última parte da Arqueologia do Saber que seu empreendimento representa definitivamente “*o abandono da história das idéias, recusa sistemática de seus postulados e de seus procedimentos* (2000:158)”. E faz isto para pontuar as possíveis confusões entre arqueologia e história das idéias

coerência é uma regra heurística, uma obrigação de procedimento, quase uma coação moral da pesquisa” (Foucault. 2000: 173).

Foucault estabelece quatro pontos importantíssimos para a análise arqueológica:

1. A arqueologia busca definir os pensamentos, as representações, as imagens, os temas, as obsessões que se ocultam ou se manifestam nos discursos; mas os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras (2000:159).
2. A arqueologia não procura encontrar a transição contínua e insensível que liga, em declive suave, os discursos ao que o precede, envolve ou segue. Não espreita o momento em que, a partir do que ainda não eram, tornaram-se o que são; nem tampouco o momento em que, desfazendo a solidez de sua figura, vão perder, pouco a pouco, sua identidade (2000:159).
3. A arqueologia não é ordenada pela figura soberana da obra; não busca compreender o momento em que se destacou do horizonte anônimo. Não quer reencontrar o ponto enigmático em que o individual e o social se invertem um no outro. Ela não é nem psicologia, nem sociologia, nem, num sentido mais geral, antropologia da criação (2000:160).
4. Finalmente, a arqueologia não procura reconstituir o que pôde ser pensado, desejado, visado, experimentado, almejado pelos homens no próprio instante em que proferiam o discurso; ela não se propõe a recolher esse núcleo fugidio onde o autor e obra trocam de identidade; onde o pensamento permanece ainda o mais próximo de si, na forma ainda não alterada do mesmo, e onde a linguagem não se desenvolveu ainda na dispersão especial e sucessiva do discurso (2000:160).

A arqueologia, segundo Foucault, ocupa-se com um campo de regularidades no qual *“a oposição originalidade/banalidade não estabelece nenhuma hierarquia de valor”*. O que vale então neste campo é o jogo das regras que articulam determinados enunciados segundo regularidades, não importando seu estatuto de originalidade ou replicação.

Para não se esgotar a análise do plano do discurso na relação mais viva com os fatos históricos, a arqueologia trabalha a análise das formações discursivas com o plano extra discursivo, “...*instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos*” (2000:189). À cada fragmento enunciado há sempre uma ligação dos fatos no plano não-discursivo, sem implicar numa relação de causa e efeito, seja o enunciado representação ou expressão simbólica de eventos da realidade histórico-social. Para Foucault, a análise discursiva completa-se com a incorporação diacrônica, que significa “...*construir uma história da arqueologia do discurso*” (2000:193).

O nível temporal está contido, é inerente à arqueologia:

- a) A arqueologia define as regras de formação de um conjunto de enunciados. Manifesta, assim, como uma concessão de acontecimentos pode, e na ordem mesma em que se apresenta, tornar-se objeto de discurso, ser registrada, descrita, explicada, receber elaboração em conceitos e dar oportunidade de uma escolha teórica. A arqueologia analisa o grau e a forma de permeabilidade de um discurso: dá o princípio de sua articulação com uma cadeia de acontecimentos sucessivos; define os operadores pelos quais os acontecimentos se transcrevem em enunciados... A arqueologia não nega a possibilidade de enunciados novos em correlação com acontecimentos “exteriores”. Sua tarefa é de mostrar sob que condição pode haver tal correlação entre eles, em que ela consiste precisamente... (2000:191).
- b) Além do que, todas as regras de formação atribuídas pela arqueologia a uma positividade não têm a mesma generalidade: algumas são mais particulares e derivam de outras. A arqueologia não toma, pois, como modelo nem um esquema puramente lógico de simultaneidade, nem uma sucessão linear de acontecimentos, mas tenta mostrar o entrecruzamento entre relações necessariamente sucessivas e outras que não o são. Não se deve acreditar, em consequência, que um sistema de positividade seja uma sincronia que só podemos perceber colocando entre parênteses o conjunto do processo diacrônico. Longe de ser indiferente à sucessão, a arqueologia demarca os vetores temporais de derivação (2000:192).

Segundo Foucault:

“...a arqueologia não tenta tratar como simultâneo o que se dá como sucessivo; não tenta imobilizar o tempo e substituir seu fluxo de acontecimentos por correlações que delineiam uma figura imóvel. O que ela suspende é o tema de que a sucessão é um absoluto: um encadeamento primeiro e indissociável a que o discurso estaria submetido pela lei de sua finitude; e também o tema de que no discurso só há uma forma e um único nível de sucessão (2000:193).

Segundo Ferreira (1993:41):

Na reconstituição arqueológica das positivities para uma determinada época não entram em jogo o julgamento de sua validade ou coerência, ao comparar com outras positivities de outras épocas. Não se atribui a um discurso teórico a valoração de seus critérios de explicação da realidade, seja qual for a natureza de sua preocupação, nem se lhe aplica um denominador para aferição das verdades que afirma, com base nos conhecimentos disponíveis. Esse não é o papel da arqueologia. Ela apenas repõe, sob um ângulo original, as condições que favoreceram o aparecimento de tal discurso e não de outro. O desinteresse pela prescrição de um nível de cientificidade que “deveria” constar nos estoques de uma determinada época, concede-lhe a virtude da pesquisa daquilo que efetivamente foi. Neste plano de avaliação, ela está, sim, lado a lado o quanto possível da verdade, à medida que não ultrapassa a observação das empiricidades, reativadas pela aplicação dos recortes.

Foucault nunca apresentou a arqueologia como uma ciência, nem como fundamento de uma ciência futura. Afirma o autor: *“Em vez de traçar o plano de um edifício a ser construído, dediquei-me a fazer o esboço- reservando-me o direito de fazer muitas correções- do que realizara por ocasião de pesquisas concretas. A palavra arqueologia não tem valor de antecipação; designa somente uma das linhas de abordagem para a análise das performances verbais...”* (2000:234). Segundo o autor, o enunciado, o a priori histórico, o arquivo, as regularidades enunciativas, as positivities, o emprego de conceitos como regra de formação são ferramentas fundamentais para a investigação arqueológica.



CAPÍTULO IV

Análise conceitual da prevenção

Como foi mencionado anteriormente, desde remotos tempos encontramos referências à existência de *medidas preventivas* utilizadas tanto no âmbito da prática médica individual, como no âmbito coletivo, com o propósito de evitar as doenças e preservar a vida.

No campo das concepções sobre saúde e doença deve ser lembrado o debate entre a “teoria miasmática” e a “teoria do contágio”, com o objetivo de encontrar explicações para a ocorrência e distribuição das doenças infecciosas e parasitárias. Essa discussão situava, de um lado, os que preconizavam mudanças no “ambiente social”, e, de outro lado, os que consideravam possível prevenir a ocorrência de doenças pela interrupção da transmissão, ou seja, do contágio entre o hospedeiro (suscetível) e o “agente causal” (micróbio) (Teixeira, 2000).

Nesse debate científico e político ocorreu a ascensão dos “contagionistas”, com desenvolvimento do enfoque biomédico, que se constitui no alicerce tecnológico e teórico-conceitual da chamada “medicina científica”. Este enfoque fortaleceu-se com o desenvolvimento do capitalismo industrial, redefinindo aos poucos a prática médica enquanto espaço de produção, circulação e consumo de mercadorias, que contribuem para a manutenção da força de trabalho e redução das tensões sociais (Donnangelo, 1976; Pikett, 1979).

Segundo Teixeira,

A tensão que havia entre “ambiente” e “agente” como determinantes dos problemas de saúde e doença é, de certa forma, superada, no âmbito do saber epidemiológico, com a sistematização do “modelo ecológico” no contexto do debate em torno da “medicina integral” nos anos 20 do século passado. Esse modelo consagra a tríade agente-hospedeiro-ambiente como base conceitual que integrava os conhecimentos da Epidemiologia e da Clínica, sendo incorporada aos fundamentos teóricos de algumas propostas de reforma dos serviços de saúde nos países centrais após a 2ª Guerra Mundial (2000:80).

Dentre essas propostas, cita-se, em 1948, a criação na Inglaterra, do National Health Service (NHS), que integrava as ações de saúde pública e assistência médica sob o amparo do Estado de Bem-Estar (Welfare States). Nos EUA, surge a Medicina Preventiva, “Leitura Liberal e Civil” da prática médica subsidiando a reação da Associação Norte-Americana à intervenção estatal na organização da assistência (Arouca, 1975).

Como já assinalado, o pós guerra traz consigo o movimento preventivista, que incorpora a noção de “História Natural das Doenças (HND)”, definida como:

O conjunto de processos interativos compreendendo as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patogênico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte. (Leavell & Clarck, 1976:15)

A História Natural da Doença estabelece uma dinamicidade¹ do processo saúde-doença, propondo então níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, de acordo com o período de intervenção da HND. No período pré-patogênico, temos a prevenção primária, período que inclui medidas de promoção da saúde e proteção tanto individual, como em grupo, contra riscos e danos.

A promoção da saúde foi definida inicialmente pelo ilustre historiador de medicina do século XX, Henry Sigerist, em 1945, ao localizar quatro funções principais da medicina: 1) promoção da saúde; 2) prevenção das doenças; 3) recuperação do enfermo; 4) reabilitação. Essa noção seria recuperada no final do século XX para fundamentar um novo movimento ideológico no campo da saúde (Nunes, 1992).

A noção de níveis de prevenção incorpora-se na medicina comunitária a partir dos anos 60, orientando o estabelecimento de níveis de atenção no âmbito dos sistemas de serviços de saúde, concepção esta amplamente difundida nos países periféricos, durante os

¹ Relativo ao equilíbrio instável entre fatores causais, concepções que superam uma visão “ontológica” presente nos primórdios do enfoque biologicista, que concebia a doença como um “mal” concretizado no ente (agente) causal (microorganismos) que “invadia” o corpo do enfermo, provocando alterações anatomo-fisio-

anos 70 e 80, através dos movimentos ideológicos “Saúde para Todos no ano 2000” e “Atenção Primária à Saúde”. A APS foi utilizada como estratégia de reorganização e implementação de política de descentralização da gestão e redefinição da oferta de serviços, em sistemas de saúde do terceiro mundo.

Para Teixeira:

“ A elaboração de políticas de saúde que tomam como base concepções ecológicas acerca do processo saúde-doença e a implementação de estratégias de reorganização de sistemas e serviços que buscam operacionalizar a noção de níveis de prevenção/níveis de atenção apresentam-se, de certa forma, como uma contratendência ao processo de capitalização intensiva e mercantilização da produção de serviços médico-assistencial, característica das sociedades industrializadas no mundo contemporâneo. De fato, a incorporação de tecnologia de alta densidade de capital (fármacos, equipamentos eletroeletrônicos, descartáveis, telecomunicações, etc.) tem conduzido os sistemas de saúde do mundo ocidental a uma crise e redução da efetividade. Tal crise tem funcionamento como motor dos processos da reforma na maioria dos países europeus, no Canadá e o Brasil em particular (2000:83).

Tanto o trabalho de prevenção primária como o da promoção da saúde influenciaram os direcionamentos, debates e formulações de políticas voltadas para a saúde que inspiram mudanças operacionais, gerenciais e organizativas dos serviços, detendo-se na análise proposta pela promoção da saúde e buscando caracterizar suas especialidades com relação às propostas tradicionais da prevenção.

Este capítulo tem por objetivo descrever as diversas práticas referentes à prevenção, através de levantamento e análise dos artigos publicados nas revistas da OPAS, com a finalidade de compreender de que maneira e em que tipo de pesquisa o conceito foi utilizado.

patológicas. A visão dinâmica, ainda que conceda importância a fatores internos a cada um dos elementos da tríade, enfatiza as relações entre eles (Teixeira, 2000:81).

Apesar da linearidade que se estabelece na seqüência dos artigos, nossa atenção volta-se para a descontinuidade dos enunciados em suas diferentes formas, dispersos no tempo, formando um conjunto que se refere a um único objeto dos diversos artigos aqui apresentados, porém não como estigma de dispersão, mas como instrumento e objeto desta pesquisa. Temos como alicerce o esboço de uma história geral e global que particulariza e redefine o espaço da historicidade, rompendo com o princípio da coesão.

Segundo Foucault, a forma e o tipo de encadeamento nas ciências médicas a partir do século XIX caracterizam-se menos por seus objetos ou conceitos do que por um certo estilo, um certo caráter constante da enunciação. A medicina, para o autor, não se forma mais por um conjunto de tradições, observações, receitas heterogêneas, mas por um corpus de conhecimento; enfim, a medicina organiza-se como uma série de enunciados descritivos.

Reagrupar esses enunciados, descrever seus encadeamentos e explicar suas formas unitárias sob as quais se apresentam a identidade e a persistência dos temas, neste caso refere-se ao conceito de prevenção no discurso da OPAS. A perspectiva muda para a compreensão de quais normas e combinação dos objetos, conceitos e estilos temáticos devem formar novas unidades, ou seja, a análise deverá resgatar um sistema de dispersão que, caso tenha alguma regularidade, será então a nova norma.

Em novembro de 1955, a Chefe do Serviço de Nutrição do Departamento de Saúde Pública do Panamá publica o artigo *Programas de Alimentación Suplementaria como Medida Preventiva en la Desnutrición Infantil*. O artigo aborda os programas nutricionais materno infantil no Panamá, apontando a importância de intensificar os estudos referentes ao estado nutricional da família panamenha, abordando os aspectos antropológicos, dietéticos, bioestatísticos, clínicos, econômico e sociais, a necessidade de estimular os educadores e os pais na alimentação escolar, a condição econômica das famílias no que diz respeito à nutrição das crianças, e a importância do trabalho dos médicos e dos educadores sobre as condições físico-nutricionais das crianças.

O artigo *El papel de las drogas en la prevención del paludismo*, do Dr. John W. Field do Instituto de Investigación Médica, Federação Malaya, foi publicado em agosto de 1955, com o propósito de elucidar o avanço do uso das drogas na prevenção da malária. Field trabalhou com o ciclo biológico do parasita e campo de terapêutica preventiva, denominando de profilaxia causal a destruição completa dos parasitas na fase de evolução, antes de invadirem os glóbulos vermelhos. Com as drogas modernas, torna-se comum alcançar a cura total da malária.

Os pesquisadores Scrimshaw, Behar, Viteri, Arroyave e Tejada, do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, publicaram, em abril de 1957, o artigo *Epidemiología y Prevención de la Malnutrición Proteica Severa (KWASHIORKOR) En La America Central*. Estes pesquisadores denunciam que quase todas as crianças das áreas rurais e urbanas apresentam algum tipo de atraso no crescimento e sintomas de má nutrição protéica; como seqüelas deste fatores, inúmeras crianças desenvolvem a Síndrome Pluricarencial da Infância. Os fatores que podem desencadear a SPI podem ser econômicos e sociais, como a morte do pai ou da mãe, separação da família ou efeitos de doenças contagiosas, como a diarreia, que é muito comum na América Central. Segundo os pesquisadores, são fatores preventivos importantes: a alimentação baseada em proteínas de origem animal e vegetal, por seu alto valor nutritivo, e medidas de hábitos dietéticos e higiênicos, além de medidas de caráter geral, como melhorar o saneamento. Concluem que só a atenção médica não pode substituir uma boa alimentação e boas condições de habitação.

A partir destes três artigos apresentados, começamos a constituir o que Foucault denominou de formação discursiva, que, no caso, pode-se descrever entre um certo número de enunciados, com semelhante sistema de dispersão. Esses objetos se constituem pelas suas emergências, ou seja, os temas de investigação que os artigos apresentam, tendo em comum o conceito de prevenção em seus enunciados, as instituições que delimitam o objeto e os sistemas que separam, classificam, reagrupam, aproximam, derivam o objeto, estabelecendo grades de especificações.

O Dr. Rene Vargas Lozano, Subdiretor de Higiene e Assistência Materno Infantil e Secretário de Saúde e Assistência do México, publica, em janeiro de 1960, o artigo *Actividades dos Serviços de Higiene Materno-infantil en la Prevencion de la Sífilis Congenita en Mexico*. A incidência da sífilis, tanto em sua forma congênita como adquirida, tem diminuído significativamente nos últimos anos; este fenômeno explica-se pela ação da penicilina, a única arma eficaz para combater a doença. Além deste eficaz medicamento, as atividades de educação higiênica para a população, como a utilização de material gráfico, folhetos, assim como a ação dos profissionais de saúde, são muito importantes para a prevenção da sífilis congênita nos grupos sociais.

Em agosto de 1960, foi publicado o artigo *La erradicacion y el control en la prevención de enfermedades transmisibles*, do Dr. Fred L. Soper, Diretor Emérito da Oficina Sanitária Pan-americana, Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde. A prevenção das doenças e sua erradicação requerem uma contínua expansão periférica, além das fronteiras internacionais. Ao comparar a erradicação das doenças transmissíveis e o controle das mesmas, o autor observa que os princípios de intervenção das doenças do homem, dos animais e dos vegetais são idênticos, como também das zoonoses que atacam os animais e os homens.

Os Doutores Guillermo Soberanes Muñoz e Carlos Espriella Miranda, Chefe e Epidemiólogo, respectivamente, dos Serviços Coordenados de Saúde e Assistência do Estado de Sonora, México, publicam, em novembro de 1960, o artigo *algunas Medidas de Prevencion de las Diarreas Infantiles y su Tratamiento en el Estado de Sonora*. A diarreia infantil ocupa um lugar de destaque entre as doenças das crianças mexicanas; nos últimos anos, insistiu-se, durante as reuniões da Associação das Fronteiras do México - Estados Unidos, na importância do campo da saúde pública sobre a diarreia infantil. Em função disso, na XVII reunião recomendou-se apresentar possíveis caminhos para solucionar estes problemas e, de maneira sintética, apresentou-se o que estava sendo realizado pelos governos para o controle deste agudo problema. Os governos declararam contar com a colaboração de grupos profissionais, laboratórios apropriados, serviços preventivos e assistência, saneamento ambiental, atenção materno infantil, educação e higiene pública.

Em setembro de 1962, foi publicado o artigo *Problemas de medicina preventiva en los trópicos*, pelo Dr. Arnoldo Gabaldon, Ministro de Saúde e Assistência Social da Venezuela. Os países tropicais, segundo o autor, estão incluídos no grupo dos chamados sub-industrializados e subdesenvolvidos, caracterizando-se pelo atraso no seu desenvolvimento econômico e social. Dentre esses aspectos, os problemas de saúde e a dificuldade em trabalhar concomitantemente a teoria e a prática nos países tropicais são emergentes. Entretanto, nos últimos anos as técnicas de controle e tratamento de doenças estão avançando muito, em parte devido aos novos medicamentos e aos novos métodos. Os trabalhadores de saúde pública dos países industrializados geralmente dispõem de dados estatísticos muito completos para embasar seus trabalhos, diferente do que acontece com os países tropicais, que não dispõem de dados exatos das condições de saúde. O Dr. Gabaldon conclui que é necessário um trabalho de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde nos países tropicais, para melhorar não só as condições de saúde da população desses países, mas também aumentar o controle das enfermidades.

O conselho de investigações médicas e o comitê de provas clínicas e vacinas anti-tuberculose, publicaram o artigo *Las Vacunas BCG y BRC en la Prevención de la Tuberculosis en los Adolescentes y Adultos*, em agosto de 1964. Segundo o artigo, em 1950 foram iniciados na Inglaterra ensaios clínicos controlados com a vacina BCG e BRC para prevenir a tuberculose, tendo 54.239 participantes livres da doença. Esta publicação apresenta o resultado de intensa observação até meados de setembro, tendo uma amostra de participantes em observação entre sete anos e meio a dez anos (uma média de 8,8 anos). No período de intensa observação, surgiram 504 casos evidentes de tuberculoses, 71% de tuberculose pulmonar e 15% de derrame pleural tuberculoso sem indícios de tuberculose pulmonar; neste período, faleceram 254 participantes por causas distintas da tuberculose. A unidade de investigações sobre tuberculose segue apoiando informações sobre casos de tuberculose entre os participantes, de modo que, no devido tempo, serão analisados as novas evoluções da eficácia, a longo prazo, da vacina.

Dentro de nosso esquema teórico, lembramos que Foucault nos apresenta condições que permitem que apareça um objeto de discurso e que dele se fale, como produto “completo de relações”, que o autor denomina de modalidade discursiva. A primeira que é denominada relação primária, que é real e não está presente no objeto, é

estabelecida entre as instituições, processos econômicos e sociais, sistemas de normas, técnicas e formas de comportamento. Por exemplo, os artigos aqui apresentados são de vários países do continente americano, tendo como elo a OPAS e o conceito de prevenção.

Em novembro de 1964, foi publicado o artigo *Tratamiento y prevención de la anemia ferropénica infantil*, do Dr. Jean C. Ross, do Instituto em Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Tufts. Segundo Ross, a deficiência de ferro é a causa mais comum da anemia infantil, cujo tratamento é muito complexo, em virtude das doses de medicação. O rápido crescimento e o desenvolvimento da criança influenciam, em grande medida, o metabolismo do ferro durante a infância. Durante os três primeiros meses de vida, uma criança normal apenas absorve ferro, suas reservas pré-natais são o único recurso para ampliar a massa de hemoglobina. Decorre daí a constatação de que uma dieta controlada não remediará, por si só, o déficit preexistente de hemoglobina, sendo necessário administrar ferro suplementar.

O Dr. Romeo de León Méndez publicou, em julho de 1966, o artigo intitulado *Eficacia del enriquecimiento de la sal con preparados de yodo, como medio de prevención del bocio endemico*. Neste artigo, o autor passa em revista os dados existentes sobre o papel que o sal enriquecido com compostos de iodo desempenha na profilaxia do bócio endêmico. Embora tenham sido mencionados outros meios empregados para a ingestão de iodo como a adição dessa substância à água, ao pão ou aos caramelos, ficou comprovado que o método mais prático, eficaz e econômico de evitar o bócio endêmico está na adição do iodo ao sal de cozinha. O autor estuda os níveis de enriquecimento do sal com preparados de iodo utilizados em diversos países, os quais apresentam grandes diferenças, e assinala que os níveis mais altos estabelecidos na América Latina justificam-se pela existência de fatores bocígenos. Estuda os compostos mais comumente utilizados para o enriquecimento do sal: iodetos de sódio ou de potássio e iodata de potássio, e analisa as vantagens e desvantagens de cada uma. Avalia, em seguida, os resultados obtidos mediante o enriquecimento do sal com preparados de iodo em seis países: Argentina, Colômbia, Espanha, Estados Unidos da América, Guatemala e Suíça. Em todos os casos os resultados foram positivos. Analisa alguns problemas legislativos e de controle dos programas. Assinala também a ausência de efeitos adversos no uso das concentrações do sal iodado,

utilizadas nos diversos países incluídos no estudo; e insiste na necessidade de estabelecer sistemas adequados de controle, de acordo com as características econômico-sociais de cada país ou região.

Retornando as idéias de Foucault, verificamos que o autor quando trata das relações secundárias, afirma serem reflexivas, formadas no interior do próprio discurso, ou seja, cada artigo tem a sua constituição discursiva, sua própria elaboração e reflexão do que está sendo abordado independente do elo que os une.

Outro texto analisado foi escrito pelos diretores Roberto Rueda Willianson (Diretor do Instituto Nacional de Nutrição, Bogotá Colômbia) e Franz Pardo Téllez (Chefe da Divisão de Investigações, Instituto Nacional de Nutrição, Bogotá, Colômbia), publicado em dezembro de 1966, *La prevención del bocio endemico en Colombia*. Os autores estudam o problema do bócio endêmico na Colômbia e o processo de iodação do sal utilizado pela Concesión de Salinas, sob a fiscalização do Instituto Nacional de Nutrição. Descrevem, em seguida, o programa de fiscalização da iodação do sal e de profilaxia de bócio endêmico que o novo Instituto Nacional de Nutrición vem realizando desde sua criação em 1963. Relacionam os procedimentos a serem adotados para o desenvolvimento do programa em apreço, entre eles: aperfeiçoamento do sistema de iodação da usina de Betania; realização de análises diárias no laboratório da usina e comunicação ao Instituto Nacional de Nutrición; estabelecimento de um sistema de análises duplas realizadas pelos laboratórios do Instituto e da usina; planejamento e desenvolvimento de um estudo nacional sobre o teor de iodo no sal de consumo; e a recente realização de um levantamento do índice de bócio endêmico. Este último permitiu o auxílio de mais de 12000 escolares em sete municípios do Departamento de Caldas, onde a prevalência do bócio há 20 anos era de 83%; ficou comprovada a grande diminuição da endemia, chegando a uma prevalência inferior a 2%. Essa diminuição foi resultado do consumo de sal iodado em escala nacional.

Em outubro de 1969, o Dr. John P. Kevany, assessor da OPAS em questões de nutrição, publicou o artigo *Prevención del bocio endemico en America Latina*. Segundo o pesquisador, estima-se que o bócio endêmico, produzido por deficiência de iodo na dieta, seja um dos maiores problemas de má nutrição na América Latina, onde a referida doença (e suas seqüelas de cretinismo, surdo-mudez e outros transtornos neurológicos sérios)

talvez alcance cerca de 13 milhões de habitantes, principalmente em pequenas comunidades montanhosas, mal servidas por meios de comunicação. Dezesete dos 26 Governos Membros da OPAS registraram a ocorrência de bócio endêmico em seus países. Tanto o bócio endêmico como o cretinismo têm sido objeto de estudos epidemiológicos amplos, mas o processo de controle e prevenção tem sido menos investigado. As medidas preventivas nos países afetados limitam-se à adição de iodo ao sal, em suas diversas formas: dos 17 países que apresentam problemas de bócio endêmico em sua população, 15 promulgaram disposições legais em favor da adição do iodo ao sal e nos outros dois começam a estudar determinadas propostas. O tratamento do sal com iodeto de potássio continua sendo o método preferido para prevenir o bócio, mas a administração, por via intramuscular, de óleo iodado a grupos de população selecionados pode ser medida aceitável, até que os programas de adição de iodo ao sal possam ser levados a termo em escala eficiente.

O Dr. V. N. Patwardhan, professor de nutrição da Universidade de Vandervilt Nashville, Tennessee, E.U.A, publica o artigo (Dez.1969) *Consideraciones generalis sobre la prevención de la malnutrición*. Para poder prevenir a má-nutrição em setores da população afetados, é preciso conhecer uma série de fatores. Entre eles, podem ser citados os recursos alimentares e as fontes de que eles provêm, os métodos empregados para elaborar e conservar os alimentos e os métodos de aumentar e melhorar a produção de alimentos. Devem ser também considerados os hábitos alimentares da população, pois estes revelam o que as pessoas comem, como preparam o alimento e porque aceitam uns alimentos e recusam outros; e a situação econômica não deixa de ter influência na má-nutrição, já que a boa alimentação exige um desembolso que não é possível em todos os níveis sociais. Finalmente, a educação da população desempenha papel importante na prevenção da má nutrição, para o que é mister contar com pessoal capacitado. Os programas preventivos podem dividir-se em programas a curto e longo prazo, os quais, por sua vez, podem orientar-se para a população suscetível, lactantes e crianças na primeira infância e para a comunidade em geral. Como medidas imediatas para combater a má nutrição, poderiam ser mencionadas: a produção de alimentos ricos em proteína para criança recém-desmamada, as da primeira infância e os pré-escolares; a aplicação de uma dose única ou doses coletivas de vitamina A e suplementos orais. Todas estas medidas

devem ser apoiadas em programas destinados a controlar as infecções, especialmente as que causam a diarreia aguda, crônica e recorrente em crianças de seis meses a dois anos de idade. A essas providências cumpre acrescentar a participação ativa da comunidade e a avaliação periódica do programa, a fim de sanar as falhas que se apresentam.

Considerando a metodologia de Michel Foucault, o conceito de prevenção aparece aparentemente em desordem e disperso nesta análise, sendo descrito e organizado no campo dos enunciados ao longo de sua formação. Nesta situação, o discurso organiza-se no conceito de prevenção, no objeto investigado e no enunciado, segundo determinadas estratégias.

Nesse sentido, é interessante rever o artigo publicado em janeiro de 1972, intitulado *Prevención de Accidentes de Transito*, dos Doutores Guillermo Adrisola, (Ex Diretor da Escola de Saúde Pública, Universidade do Chile), Carlos Olivares (Chefe da Campanha Contra Acidentes de Transito, Direção geral de Epidemiologia, Secretária de Saúde e Assistência do México), Carlos Díaz Coller (Chefe, do Departamento de comunicação científica da Oficina Sanitária Pan-americana). Segundo os autores, para abordar um problema em matéria de saúde pública, o primeiro passo deve ser o estudo de suas características, alcance e distribuição. Este método epidemiológico foi aplicado, em maior ou menor grau, em vários países. O presente trabalho trata dos acidentes de trânsito por veículos motorizados e apresenta informação minuciosa, cuja análise permite uma classificação diagnóstica da qual estão se derivando técnicas de prevenção. Uma das necessidades futuras mais urgentes com respeito a acidentes é o estabelecimento de a) uma certa uniformidade de classificação e notificação e b) sistema para recolher informação em países que atualmente não oferecem dados fidedignos desta certeza. Em 1972, o número de mortes por acidentes rodoviários no mundo aumenta continuamente. São registrados mais de 200.000 por ano. A população da América Latina que em meados de 1968 era estimada em mais de 267.000.000, duplicará seu ritmo atual de crescimento. Este incremento será refletido em aumento do número de veículos e de pessoas nas rodovias, com perigo potencial de maior número de acidentes.

Outro tema que se tornou relevante nos anos 70 foi o do alcoolismo. Assim, o Dr. Eduardo Median Cárdenas, Médico Psiquiatra de saúde mental, Ministro de Saúde Pública do Chile e Maria Teresa Dobert Versin, Psicóloga do serviço de Psiquiatria do Hospital Sur de Santiago do Chile, publicaram em fevereiro de 1972, o artigo *Chile: programa de prevención primaria del alcoholismo en la comunidad escolar*. A seção de Saúde Mental da Direção Geral do Serviço Nacional de Saúde do Chile estruturou, em 1973, o programa de prevenção primária do alcoolismo na comunidade escolar. O objetivo era o de educar o aluno de ensino básico, sobre os danos que o consumo de álcool causa na adolescência. Durante 1974 e 1975 fez-se uma experiência piloto tanto nas escolas urbanas como nas rurais de Santiago (região Metropolitana, 14 escolas); Capiapó (III região, 7 escolas); e Punta Arenas (XII Região, e escolas), para a qual foram preparados dois textos que serviram como guia para os professores. A avaliação dessa experiência piloto foi satisfatória. A partir de 1977, a direção da Educação Primária e Normal dispôs a aplicação do Programa sob forma oficial. Este realizou-se de maneira completa na região XII e parcialmente nas outras regiões já mencionadas. São propostas estratégicas para sua aplicação no futuro, a partir do estado do Programa em 1979.

Os professores Moreira, Barbosa, Reis e Peixoto, da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, publicaram (Agosto, 1972) o artigo *Inmunización Preventiva contra la rabia humana*. Com o fim de conhecer os níveis de anticorpos neutralizantes e sua persistência depois de seis meses, assim como a reação a doses de reforço, estudaram-se em grupos já tratados e não tratados com antígenos rábicos, 33 soros de indivíduos de vacina Fuenzalida-Palacios, com intervalos de uma semana, mais uma dose de reforço ao fim de seis meses. De acordo com os resultados desses estudos, pode-se concluir que: a administração de três doses com intervalos de uma semana logrou determinar uma resposta positiva de 100% nos três grupos estudados; os indivíduos com experiência de antígeno rábico mostraram uma resposta parecida com aquela de duas doses de reforço, quando foram novamente estimuladas. Quando se contavam 173 dias de administração da série de três doses, registrou-se uma pronunciada diminuição dos níveis de anticorpos neutralizantes em ambos os grupos, permanecendo, não obstante, em níveis considerados satisfatórios. Justifica-se a dose de reforço ao fim de seis meses porque produz um novo aumento da taxa de anticorpos neutralizantes; ambos os planos de imunização profilática em três doses a

intervalo de 48 horas e de uma semana parecem satisfatórios: dois indivíduos que dois anos antes haviam recebido a vacina anti-rábica tipo Semple mostraram uma resposta do tipo da dose de reforço.

O Conselho de Investigações Médicas para o Comitê de Provas Clínicas de Vacinas Anti-Tuberculose apresentou, em Dezembro de 1972, o artigo *LA vacuna BCG y la preparada com BRC para la prevencion de la tuberculose nos adolescentes y adultos jovens*. Este informe apresenta os resultados obtidos durante 15 anos de ensaio clínico da vacina BCG e a preparação com o bacilo de rato campestre para a preservação da tuberculose. Participaram no ensaio 54,239 sujeitos, entre os quais foram registrados 583 casos de tuberculose, sendo em 70% dos casos do tipo pulmonar, e, em 15%, de derrame pleural sem problemas de lesão pulmonar. A incidência anual (por 1,00) de tuberculose foi de 0.28 entre os 13,598 participantes vacinados com BCG e 1.28 entre os vacinados que mostraram reações negativas da tuberculose e incluíram-se simultaneamente no estudo (uma redução de 78%); as cifras correspondem aos que receberam a vacina preparada com o bacilo de ratón campestre (BRC) (5,817) foram de 0.29 e 1.50, respectivamente (uma redução de 81%). A proteção que se observou estendeu-se a todas as formas de tuberculose (registraram 10 casos de meningite tuberculosas a tuberculose pulmonar miliar nos indivíduos não vacinados e nenhuma nos indivíduos vacinados), e não se observou diferença segundo sexo.

Compreende-se que para a formação discursiva existem diferentes possibilidades estratégicas, como determinar os pontos de difração possíveis do discurso, ou seja, as compatibilidades e equivalências de uma sistematização, que, neste caso, apresenta-se nestes diversos artigos em suas constelações discursivas, a relação com seus contemporâneos e vizinhos, a fim de estabelecer analogias, oposições, complementaridades e singularidades.

O Dr. George Pikett, diretor do Departamento de Saúde e Bem Estar Social do condado de São Mateus, Califórnia, publicou, em maio de 1977, o artigo *Las tres fases de la Medicina Preventiva nos Estados Unidos da America*. Segundo o autor, desde sua instituição, a principal meta da saúde pública no Estados Unidos da América tem sido a prevenção das doenças, lesões e incapacitações; contudo, nos últimos 100 anos de idéia

sobre o significado da palavra “prevenção”, há cerca de um século, no auge de uma onda de descobertas científicas, adotaram-se, pela primeira vez, medidas em grande escala. Essas medidas visavam à melhoria das condições sanitárias, não tanto no sentido da melhoria de saúde do indivíduo, e sim como fortalecimento da saúde do indivíduo, fortalecimento da saúde geral e criação de firmes bases para o crescimento nacional rígido. De um modo geral, a atitude da comunidade era passiva: os resultados foram obtidos por algumas autoridades empenhadas em agir em seu próprio nome. A situação nas décadas de 30 e 40, com copiosa disponibilidade de drogas revolucionárias, abriu uma nova era de tecnologia sanitária e de investimentos de capital em saúde. Em número, dimensão e complexidade, tamanho foi o crescimento dos hospitais nos E.U.A, que estes hoje representam uma das mais poderosas e extensas concentrações de capital conhecidas na história do país. Mais de quatro milhões de pessoas participam hoje, diretamente, da indústria da atenção médica, e muito mais trabalhadores na produção de instrumentos e equipamentos utilizados nessa atividade. Mas apesar de todo esse investimento, que fez da atenção médica a maior indústria e a que mais cresce no Estados Unidos, os avanços foram muito limitados. Assim, o aumento da expectativa de vida ao nascer, no caso de uma criança de cinco anos de idade, foi de apenas 2,9 anos a partir de 1940. E, embora a palavra “prevenção” seja constantemente mencionada, escassa é a ênfase que tem sido atribuída às ações preventivas destinadas à melhoria da saúde pública. Em geral, essa segunda fase de evolução de atividades preventivas em saúde caracterizou-se por: descobertas científicas e avanços tecnológicos; intensificação de um trabalho dedicado à execução em matéria de saúde; extraordinários investimentos e concentração de capital no campo da saúde; e conversão da energia social de promoção da saúde em incessante campanha em prol da promoção do crescimento da indústria da saúde. A terceira fase de prevenção, que acaba de despontar, faz-nos remontar, de certa forma, às preocupações de natureza institucional da primeira fase, embora com nova consciência sobre o processo geral de interação social. Essa fase será caracterizada por um reexame vacilante e crítico do ambiente que criamos para nós próprios. Será a fase mais difícil e importante da evolução do conceito de prevenção. E comparada à segunda fase, considerará muito menos a tecnologia e a medicina, e muito mais os valores e as condições sociais.

Foi publicado em julho de 1977 o artigo *Fronteiras da prevenção* do Dr. Myron E. Wegman, Professor de Saúde Pública e Decano Emérito da Escola de Saúde Pública, da Universidade de Michigan E.U.A. Em uma mensagem dirigida a uma organização de fronteira, o autor chama atenção para a ampliação dos limites da prevenção e para os problemas e as oportunidades de saúde inerentes a uma fronteira geográfica. Na linha de frente da atual estratégia de prevenção situa-se um critério extensivo que, sem enfraquecer a busca de novas técnicas e recursos, ajusta-se realisticamente à necessidade e capacidade atuais. Incluem-se entre os requisitos gerais de saúde da população o interesse pelo ambiente, pela educação sanitária e pelos serviços de saúde individuais. Para citar alguns exemplos, a atribuição de maior grau de atenção ao abastecimento adequado de água ainda é essencial para o combate às diarreias, importante causa mundial de morte. A ineficácia dos esforços educativos até aqui viabilizados é ilustrada pela facilidade com que sucumbimos à excessiva propaganda de drogas. Um sistema de saúde eficaz deve prestar ativos serviços de prevenção, em vez de ser apenas um mecanismo de resposta às queixas. A nova ênfase atribuída ao atendimento, que pode estar contido em sistemas tão amplamente variáveis como o da China, baseado no “médico descalço”, e o de Cuba, baseado em equipes integralmente treinadas de médicos e enfermeiras. Provavelmente, o sistema específico de um país é menos importante do que a qualidade, disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do atendimento proporcionado e a adoção de um critério preventivo. A estratégia de saúde preventiva é melhor aplicada mediante um método dirigido aos diversos grupos específicos da população técnica freqüentemente denominada como “pacote preventivo”. As medidas detalhadas podem ser reunidas sob os títulos gerais de *ambiente*, *educação* e *serviços de saúde*. Assim, as grávidas e seus filhos por nascer devem ser protegidos contra exposição ambiental a vírus e toxinas químicas, são influenciados pela educação para a maternidade recebida antes, durante e depois da gravidez e são afetados pelo tratamento preventivo que a mãe recebeu na própria infância. O pessoal de saúde de ambos os lados de uma fronteira deve encontrar novos meios de combinar seus esforços nas atividades que desenvolvem, com autoridades de outros setores interessados no comportamento intensivo normal.

Foucault, orienta que a formação discursiva não se pauta apenas nas relações que os vizinhos ou contemporâneos estabelecem em suas complementaridades ou singularidades, mas também nas práticas não discursivas de suas relações sociais. Essas relações revelam-se também nas decisões políticas, nas práticas cotidianas dos regimes e processos de apropriação do discurso dos grupos sociais.

O Dr. Rexford D. Lord, do Centro Pan-Americano de Ecologia Humana e Saúde de Toluca, México, publicou, em abril de 1982, o artigo *Estratégias ecológicas para la prevención y el control de problemas de Salud*. As estratégias ecológicas caracterizam-se por aproveitarem o conhecimento da ecologia e comportamento de um organismo para atingir determinadas metas mais eficazes do que se poderia ter conseguido por métodos tradicionais mais diretos. O custo dessas estratégias, estejam elas relacionadas ou não com a saúde, deve ser acessível para o país ou países interessados. Em geral, as estratégias ecológicas relacionadas com a saúde são aplicáveis a: 1) detecção ou predição de possíveis problemas, antes mesmo que estes cheguem a afetar a saúde humana; 2) a prevenção de possíveis problemas de saúde e 3) a luta contra problemas de saúde já existentes. Sugere-se, de maneira geral, que essas estratégias ecológicas tornar-se-ão cada vez mais complexas e mais importantes, na mesma medida em que os organismos-objetivos tornam-se mais e mais resistentes a outros tipo de medidas de controle.

Em janeiro de 1983, foi publicado o artigo *Prevención de la ceguera, Algunas características clinicoepidemiológicas de las enfermedades oculares*, apresentada pelos doutores Arturo Romero, OPS/OMS, área VI, Buenos Aires, e Irma C. Locascio, do Serviço do Estrabismo e Neurooftamologia, de Buenos Aires. Neste artigo analisaram-se os problemas da cegueira na América Latina e os componentes de um programa para a prevenção e controle das doenças sob o ponto de vista do atendimento primário. Apresenta-se a elaboração de metodologias simples para a colheita, análise e distribuição de dados sobre as doenças oculares como parte integrante dos outros serviços de informação no campo da saúde. Além disso, ressalta-se a necessidade de fortalecer o uso de métodos epidemiológicos, que sirvam como instrumento de pesquisa, seja através de levantamentos epidemiológicos ou mediante estudos epidemiológicos prospectivos ou retrospectivos. Como exemplo dos primeiros artigos, apresenta informação sobre estudos de prevalência da

cegueira feitos em quatro províncias da Argentina. Finalmente, propõe-se o bosquejo de um levantamento sobre a prevalência da cegueira, que pode ser adaptado às condições específicas e peculiares de cada país.

Em agosto de 1983, os Doutores Ramón Florenzano Urzua, Oscar Feurhake Molina, da Universidade do Chile, Faculdade de Medicina, e Beatriz Zegers Prado, da Pontifícia Universidade Católica do Chile, publicaram o artigo *Prevención Primária de las dependencias químicas en adolescentes. Descripción de un proyecto en Santiago, Chile*. O artigo repassa o problema do alcoolismo e dos adictos às drogas no Chile, referindo-se também ao Canadá e aos Estados Unidos da América. Coloca-se o problema num quadro de referência próprio da psicologia evolutiva, centralizando-se no período da adolescência, nos comportamentos de adaptação e desadaptação, e nos trabalhos biológicos e psicossociais que se devem fazer para dominar esse estágio. Descrevem-se técnicas de ação na prevenção primária das farmaco-dependências, que serão aplicadas a alunos, professores e pais nas escolas de bairro de Santiago. As ações concretizam-se em seminários “workshps” para cada grupo. O objetivo é motivar os participantes a trabalharem ativamente para que seja efetiva a prevenção do alcoolismo e o uso de drogas existentes, mediante o conhecimento e discussão do assunto e um compromisso vivencial.

O Dr. Ramón Florenzano Urzúa, da Universidade do Chile, Faculdade do México e da divisão de ciências médicas, publicou em dezembro de 1986, o artigo *Prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y neurológicos*. Analisam-se as atividades destinadas à prevenção e tratamento dos distúrbios mentais e neurológicos propostos pela Organização Mundial de Saúde e sua aplicação na América Latina no âmbito do atendimento primário. Em primeiro lugar, assinala-se a necessidade de contar com informações sistemáticas sobre incidência e prevalência desses distúrbios, bem como de um sistema de classificação comum, homogêneo e operacional que permita comparar os quadros psiquiátricos e clínicos que se apresentam nos diversos países. Em segundo lugar, examinam-se duas modalidades de sistemas hospitalares: hospitais gerais com unidades psiquiátricas e instituições exclusivamente para doentes mentais. Além do mais, a preocupação com aspectos éticos do atendimento dos pacientes levou a outras formas de organização dos serviços de saúde mental, como os centros comunitários, estabelecidos

principalmente nos E.U.A. Por último, discutem-se algumas atividades e os progressos obtidos com relação à prevenção e ao tratamento de distúrbios específicos como o retardamento mental, distúrbios psicossomáticos e quadros ansiosos e depressivos, bem como a importância dos programas de reabilitação que visem reduzir a invalidez resultante de distúrbios psiquiátricos. Conclui-se que na América Latina a maioria dos programas de saúde mental concentram-se na prestação de assistência psiquiátrica especializada, dada a situação para o desenvolvimento de atividades de saúde mental dentro do sistema de atendimento primário.

Foi publicado em fevereiro de 1987 o artigo *Intervenções preventivas e registro triaxial dos problemas de saúde no atendimento primário*, do Dr. Bruno R. Lima, do Hospital John Hopkins, Baltimore, E.U.A. Neste artigo, analisa-se a utilização do registro triaxial, que emprega o registro simultâneo dos problemas físicos, psicológicos e sociais, nos centros de atendimento primário para a determinação dos tipos e níveis de morbidade física e psicossocial, e defende a tese de que esse registro poderá ser mais bem utilizado se for reestruturado de modo a facilitar o conhecimento da dualidade tipologia/dimensão, em sua conceitualização e operação. Esse novo formato permitiria uma melhor quantificação dos casos e dos perfis de co-morbidade e facilitaria as intervenções preventivas a nível de atenção primária.

Jaime Sepúlveda Amor, Maria de Lourdes García García, José Luis Valdespino Gómez, da Secretaria de Saúde e Direção Epidemiológica do México e José Luis Domingues Torix, da Secretaria de Saúde e Centro de Transfusão Sangüínea do México, publicaram o artigo *Prevenção de la transmision sanguinea del VIH. La experiencia mexicana*. Nesse artigo, os autores descrevem a experiência mexicana na prevenção e controle da transmissão sangüínea do HIV, apresentando tanto os progressos como a necessidade de aplicar medidas oportunas. As experiências jurídicas obtidas tanto no terreno jurídico como no tecnológico podem servir de modelo para outros países.

Em dezembro de 1989, foi publicado o artigo *Alcoholismo y abuso de otras drogas: programas de prevención en Santiago, Chile*, elaborado por Ramón Florenzano, da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, E.U.A. O trabalho descreveu as atividades iniciadas no Chile nos anos setenta para mostrar o abuso de álcool e drogas entre

adolescentes, discutindo-se os atuais programas de promoção da saúde que se orientam para prevenir padrões de conduta perigosos para a saúde. Neste sentido, descobriu-se que o consumo de drogas na adolescência tem uma estreita relação com os conflitos familiares e problemas de toxicomania dos pais, assim como certas características de comportamento. Portanto, as intervenções têm que se realizar nos planos individual, escolar, familiar, comunitário e social. Segundo os autores, é importante analisar a facilidade de pôr em prática atividades preventivas e melhorar sistematicamente sua eficácia.

A formação enunciativa deve ter existência material; sua materialidade implica na sua autonomia de repetir-se, ato esse que pode alterar ou não sua identidade. No caso do conceito de prevenção aplicado nos artigos investigados a enunciação é um acontecimento que não se repete, tem singularidade datada, o enunciado pode ser repetido mesmo sob modalidades materiais distintas. Se o enunciado e a formação discursiva surgem por descrição de um âmbito de relações, o discurso guiar-se-á por elas. Este não será um grande enunciado, subdividido em enunciados menores, mas um conjunto de enunciados regulados por uma formação discursiva, possibilitando a confluência de enunciados dispersos e a definição de um determinado discurso.

Toole, do Centro de Controle para doenças e da Oficina de Saúde Internacional, de Atlanta, EUA, Steketee, do Centro de Controle de Doenças, da Divisão de Doenças Parasitárias, Waldman, do Centro de Controle de Doenças da Oficina Programada de Saúde Internacional, e Nieburg, do Centro de Controle de Doenças e Divisão de Nutrição publicaram, em fevereiro de 1990, o artigo *Prevención y control del sarampión en situaciones de emergencia*. Os focos de sarampo constituem um problema freqüente entre as crianças, produzindo alta taxa de mortalidade, entretanto essa mortalidade pode ser prevenida; a imunização contra o sarampo constitui uma prioridade fundamental dos programas. Todas as crianças de 6 meses a 5 anos de idade devem ser vacinadas contra o sarampo, no caso de má nutrição deve-se administrar vitamina A de forma regular juntamente com a vacina, para reduzir a mortalidade e morbidade das crianças que padecem com a doença.

Em janeiro de 1991 foi publicado o artigo *Fundamentos del control de la ingestión de lípidios como medida preventiva de las coronariopatías*, elaborado pela Dra. Doralie L. Segal, Fisióloga da Direção de Alimentos e Medicamentos dos E.U.A. O artigo trabalha com antecedentes históricos do tema, com resultados investigados recentemente e por grupos de especialistas. Foram analisadas as formas como as concentrações de colesterol no organismo são influenciadas pelo ingresso alimentar de calorias, gordura saturada e não saturadas, colesterol, e recomendou-se a adaptação de medidas dietéticas específicas como um meio de melhorar consideravelmente a saúde pública neste aspecto.

O memorando da Reunião da UJH e OMS, de junho de 1991, *Investigaciones sobre las prácticas mejoradas de lactancia para prevenir la diarrea o reducir su gravedad*, aponta que nos países em desenvolvimento a incidência de diarreia é alta; são realizados numerosos estudos que examinam a relação entre as práticas alimentares observadas durante o desmame e o risco de sofrer doenças de diarreia através da má nutrição. O artigo sintetiza as condições atuais para o possível efeito de melhorar a alimentação dos lactentes na morbidade e mortalidade por diarreia. O texto também descreve as condições adquiridas mediante intervenções destinadas a melhorar as praticas de lactância, além de propor novas investigações sobre um melhor regime alimentar infantil, controlando as doenças diarreicas e explorando maneiras mais eficazes de prevenção, além de repensar os aspectos metodológicos do desenho, realizando análise dos estudos de intervenção.

Os Doutores Duane J. Gulber, do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos Estados Unidos e A. Casta Valez, Da Divisão de Higiene Comunitária, publicaram em agosto de 1992 o artigo *Programa de prevención del dengue epidémico y el dengue hemorrágico en Puerto Rico y la islas vírgenes estadounidense*. Segundo os autores, a reinvasão da maior parte do continente Americano pelo *Aedes aegypti* e a falta de medidas ordinárias eficazes para combater o mosquito decorrem da crescente urbanização e aumento de viagens aéreas, que explica também a incidência de casos de dengue hemorrágica (DH) nas Américas. Em reposta ao combate epidemiológico da dengue foi criado um programa integrado, em Porto Rico e nas Ilhas Virgens, baseado na participação comunitária, para prevenir a doença, ao invés de unicamente lutar contra o mosquito, baseando-se em cinco pontos: 1) a vigilância ativa, 2) a luta anti-vetorial de resposta rápida em situação de

emergência, 3) a educação da comunidade médica, 4) a hospitalização de emergência e, 5) a luta contra o mosquito com participação comunitária. Este programa, analisam os autores, não impedirá totalmente a transmissão, porém se aplica adequadamente, reduzindo a incidência da dengue e, por conseguinte, da dengue hemorrágica.

Em abril/junho de 1994, Gustavo I. de Roux publica o artigo *La prevención de comportamiento de riesgo y la promoción de estilos de vida salubridad en el desarrollo de la salud*. Segundo Roux, a prevenção dos comportamentos de risco e promoção de estilos de vida saudável não representam uma prática apenas individual, mas uma atuação conjunta com os setores de saúde no processo de orientar e organizar a participação da população através dos esforços multidisciplinares, proporcionando um bem-estar bio-psico-social. Para atender essa responsabilidade e julgar um papel concreto no desenvolvimento de saúde, o setor terá de adequar-se, para assumir a promoção de saúde como estratégia fundamental e não como atividade marginal.

José O. Mora, da International Science and Technology Institute, e Omar Dary, do Instituto de Nutrição do Centro América e Panamá publicaram o artigo *Deficiencia de vitamina A y acciones para su prevención y control en América Latina y el Caribe, 1994*. Segundo o trabalho dos autores, desde a década de 70 América Latina e Caribe estão reduzindo a prevalência de desnutrição protéica energética; entretanto, as carências micronutrientes, especialmente de iodo, ferro e vitamina A, continuam sendo um problema de saúde pública no Brasil, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Nicarágua e República Dominicana. Esta carência também é freqüente nas comunidades pobres da Bolívia, algumas regiões do México e Peru, e em grupos indígenas do Panamá. As tendências de indicadores gerais de saúde e nutrição da Colômbia, Cuba, Guiana, Paraguai e Venezuela surgiram da necessidade de atualizar a informação da deficiência de vitamina A nesses países. A solução permanente da deficiência de vitamina A só poderá ser alcançada a médio prazo, através de um desenvolvimento econômico e social, acompanhado de ações específicas de diversificação alimentar. A curto prazo, pode-se empregar medidas transitórias, como a suplementação periódica de vitamina A nos grupos de alto risco.

Em setembro de 1995, foi publicado o artigo do Dr. Richard E. Besser e equipe, do Centro de Controle de Prevenção de Doenças de San Diego, E.U.A, *Prevención de la transmisión del cólera: evaluación rápida de la calidad del agua municipal en Trujillo, Peru*. Sabe-se que a água potável sem cloro não está associada à transmissão da epidemia da cólera, como declarado em Trujillo, Peru, em fevereiro de 1991. Em setembro do mesmo ano, começa-se a clorar o sistema municipal de condução de água. A qualidade da água de Trujillo é supervisionada através do nível central das represas e dos principais pontos de distribuição. Em fevereiro de 1983, com o objetivo de elevar a qualidade da água potável dos setores residenciais de Trujillo, tomaram-se amostras de água de 30 pontos diferentes selecionados sistematicamente, medindo suas concentrações de cloro e de coliformes fecais. Os autores concluem que a prevenção em relação a clorificação da água é um dos caminhos para a prevenção da cólera.

O Dr. Leon B. Ellwein e Carl Kupfer do Instituto de Oftalmologia, dos E.U.A, publicaram (Junho/1996) *As estratégias de la prevención de la ceguera por cataratas en países en desarrollo*. A cegueira por catarata é um problema de saúde pública de grandes proporções nos países em desenvolvimento; entretanto, a disponibilidade de lentes intra-oculares (lio) com baixo custo e oftalmologistas especializados em cirurgia extracapsular atualmente permitem operar, com bons resultados, as pessoas com cegueira unilateral. A atividade de prestar mais atenção à qualidade visual é só um dos três aspectos estratégicos importantes do controle da catarata. O segundo aspecto é a alta prevalência deste tipo de cegueira nos países em desenvolvimento, a crescente incidência de catarata ocasionada por envelhecimento, da probabilidade do aumento considerável no número de operações cirúrgicas necessárias. O terceiro é o custo. Para melhorar a questão da quantidade, qualidade e custo é necessário relacionar o funcionamento da estrutura dos sistemas de atenção oftalmológica com diversos setores da sociedade.

O Grupo de trabalho sobre vitamina A y Neumonía publicou, em julho de 1996, o artigo *Posibles intervenciones para prevenir la neumonía infantil en los países en desarrollo: matanálisis de datos de ensayos sobre el terreno para evaluar los efectos de los suplementos de vitamina A en la morbilidad y la mortalidad por neumonía*. Este informe é o resultado de uma meta análise de 12 ensaios aplicados em grande escala, em sete países, para avaliar os efeitos dos suplementos de vitamina A sobre a morbidade e mortalidade por

pneumonia. Esta meta análise é parte de um processo mais amplo da revisão de uma gama de possibilidades de intervenção para prevenir a pneumonia infantil. Ocorreu uma mortalidade considerável no grupo que abrange crianças de 6 a 11 meses de idade, se comparada com a observação dos grupos de mais idade, porém não houve redução nos grupos de lactentes de 0 a 5 meses de idade.

Em novembro de 1996, o informe Especial *Pautas de la prevención de infecciones oportunistas en personas con ViH o sida en América Latina y el Caribe*. Segundo o Informe, a Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) é a manifestação mais avançada da infecção pelo vírus da Imuno Deficiência Humana (HIV), caracteriza-se pela presença de infecções e doenças oportunistas que são, em última instância, as principais causas de morbidade, incapacidade e morte das pessoas infectadas. Neste momento, são identificados mais de seis agentes patogênicos, entre eles vírus, bactérias e protozoários, capazes de produzir infecções e doenças oportunistas nas pessoas infectadas pelo HIV. Nos últimos anos foi demonstrado que a profilaxia de algumas destas infecções melhora e prolonga a vida das pessoas infectadas pelo HIV, porém as fontes de informação atualizadas, as estratégias de prevenção, não estão ao alcance de todos os profissionais da Região. Este documento foi elaborado com o propósito de proporcionar ao pessoal de saúde da América Latina e Caribe pautas gerais atualizadas para a prevenção das infecções oportunistas em pacientes com infecção pelo HIV. Esta publicação é específica para medidas que devem ser tomadas para prevenir a infecção antes da exposição de agentes patogênicos oportunistas, prevenindo o desenvolvimento da doença e suas recorrências.

Nubia Muñoz, da Agência Internacional de Investigação do Câncer (França) e F. Xavier Bosh, do Hospital Durán Reynals, Barcelona, Espanha, publicaram, em dezembro de 1996, o artigo, *Relación causal entre virus del papiloma humana y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención*. O artigo revisa as provas epidemiológicas que vinculam o vírus do papiloma humano (HPV) com o câncer cérvico-uterino. Os autores concluem que mais de 90% de todos os cânceres de colo de útero são devidos a certos tipos de HPV, dos quais o HPV16 representa a maior proporção (perto de 50%), e em seguida o HPV 18 (12%), 45 (8%) e 31(5%). O reconhecimento desta situação tem implicações de grande alcance no que se refere à prevenção primária e secundária deste

processo. Atualmente estão se desenvolvendo vacinas profiláticas e terapêuticas contra o HPV e identificando os distintos tipos de HPV, e nos países em desenvolvimento está sendo incorporado o projeto piloto tamizaje.

O Dr. Fernando Althbe e equipe, do Centro Latino Americano de Perinatologia y Desenvolvimento Humano, publicou, em maio de 1999, o artigo *El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamiento preventivos*. Todos os anos nascem, no mundo todo, ao redor de 13 milhões de crianças pré-maturas, a maioria nos países em desenvolvimento. Este artigo revisa e reanalisa os dados cientificamente analisados sobre as intervenções e emprega a intenção de evitar, ao menos, uma parte dos partos prematuros e diminuir seu impacto na saúde neonatal. Os autores consultaram a base de dados da Biblioteca Cochrane e Medline, estudando 50 trabalhos de revisão e artigos de investigação relacionados com tema ligado ao parto prematuro e os seguintes fatores: fatores de risco e detecção do risco do parto prematuro, tratamento do parto prematuro inicial, prevenção da síndrome da dificuldade respiratória. Segundo os investigadores, administração neonatal de corticóides pode induzir ao amadurecimento pulmonar do feto e reduzir a síndrome da dificuldade respiratória e hemorragia ventricular, reduzindo, assim, a mortalidade neonatal. Recomenda-se a continuidade do apoio às investigações básicas e epidemiológicas sobre a prevenção, para adquirir mais conhecimentos sobre as causas e mecanismos do parto prematuro e prevenir a morbi mortalidade que produz.

Lily Faas, da Contradisa division, Alexis Rodríguez Acosta e Gloria Echeverría de Pérez, do Centro Universitário da Venezuela, publicaram, em abril de 1999, o artigo *HIV/STD transmission in gold-mining areas of Bolivar State, Venezuela: Interventions for diagnosis, treatment, and prevention*. No presente trabalho, apresenta-se a implementação de uma série de métodos sobre a prevenção da infecção de HIV e outras enfermidades de transmissão sexual (DST), para benefício de diversas populações de habitantes nos territórios das minas de ouro que compreendem El Callao, Tumeremo, El Dorado e Lãs Claritas, nos Estados da Bolívia e Venezuela, e também um estudo de prevalência que se realizou na mesma população. Atraídos pelas oportunidades econômicas, milhares de homens jovens vêm migrando para esta zona e sua presença tem atraído, ao mesmo tempo, muitas trabalhadoras sexuais. A situação, somada a outros fatores sociais, econômicos e culturais, facilita a propagação da infecção por HIV e de outras DST no seu território.

Mais de 2000 pessoas aderiram ao método sobre prevenção de infecção pelo HIV/DST, aproveitando também para reunir informações sobre as práticas sexuais na zona mineira. O estudo revelou práticas sexuais de alto risco em todos os grupos estudados. Quando este projeto de investigação foi iniciado, havia informações epidemiológicas escassas e incompletas sobre as infecções por HIV/DST neste tipo de zona. Para o presente estudo, foram tomadas 893 amostras de sangue dos habitantes da localidade. As provas realizadas revelaram uma altíssima frequência de infecções sífilíticas e de infecção por HIV, vírus da hepatite B e vírus humanos linfotrópicos t de tipos I e II. A partir dos resultados dos trabalhos sobre a prevenção e o estudo epidemiológico, criou-se um plano dirigido, a longo prazo, para a prevenção de HIV/ DST na zona de exploração mineira de ouro.

Em maio de 1999, foi publicado o artigo *Behavioral sciences concepts in research on the prevention of violence*, de Alfred I. Mc Alistes e Luis F. Vélez. O propósito deste artigo é examinar os fatores que puderam explicar as variações da violência no nível populacional e introduzir conceitos das ciências de conduta no campo de investigação. A violência e sua prevenção são temas que competem cada vez mais aos especialistas da saúde pública. Conceitos próprios das ciências do comportamento são aplicados ao desenvolvimento de técnicas para prevenir diversas enfermidades mediante as atividades de promoção da saúde, entre as quais figuram a persuasão e o incentivo, por parte do profissional de saúde, para a mudança dos hábitos, facilitador para a prevenção da violência. Este enfoque é arraigado na saúde pública e pode ir além das condutas individuais para enfocar tanto as fontes sociais e ambientais, como a violência individual e coletiva. Os fatores ambientais podem determinar a magnitude dos conflitos, assim como os meios disponíveis para resolvê-los. As atitudes, normas e habilidades podem influenciar nas decisões individuais e coletivas sobre a maneira de responder às situações capazes de suscitar a violência, e os outros fatores sociais e cognoscitivos podem variar notavelmente entre as distintas culturas e, inclusive, dentro de uma mesma. Deseja-se chegar a um conhecimento mais profundo da violência, das metodologias de entrevista próprias das ciências sociais, e de como podemos medir as variáveis quantitativas, pois é necessário selecionar estrategicamente os conceitos particulares e a avaliação. Estas variáveis podem abarcar a aprovação da sociedade, das normas e dos valores sociais. A violência, hoje, é

trabalhada com métodos também violentos para resolver os conflitos sociais. A fim de criar um enfoque de saúde pública aplicada ao controle da violência nas Américas, a Organização Pan Americana de Saúde criou o projeto ACTIVA, que é um programa multinacional de investigação colaborativa, destinado a medir as vítimas e os comportamentos agressivos, assim como identificar atitudes associadas aos atos de violência pública e privada. Segundo os autores, estes novos conhecimentos podem ser aplicados de modo a melhorar as formas de enfrentar a violência, para que as gerações futuras das regiões americanas sofram menos desse mal.

Katherine Weaner e Matilde Maddaleno, da OPAS, publicaram o artigo *Youth violence in Latin America: current situation and violence prevention strategies*, em maio de 1999. A violência, segundo os autores, é um dos principais problemas que a saúde pública, nas Regiões Americanas, enfrenta na atualidade. A situação é crítica entre os adolescentes e jovens, quer dizer, entre as pessoas de 10 a 24 anos de idade. Este artigo tem por finalidade estudar a violência, e a partir desse estudo escolher possíveis estratégias para prevenir a violência entre os jovens. O artigo possui o enfoque da saúde pública para a prevenção da violência, o que exige também a exploração de simultâneas e numerosas causas.

Segundo os resultados de uma revisão bibliográfica de Alfred McAlister, a violência contra os jovens pode ser prevenida se limitar o acesso de armas de fogo. Torna-se necessário melhorar a qualidade de vida e as oportunidades de emprego e educação, fomentando melhores relações entre os diversos grupos étnicos. As conseqüências das condutas violentas podem ser modificadas, primeiramente, trocando a estratégia judicial habitual de encarceramento dos jovens. A comunicação entre a escola e a comunidade, assim como a educação dos pais e familiares, podem direcionar as atitudes de pessoas jovens e melhorar a sua capacidade de prevenção da violência.

Alberto Concha-Eastman, da OPAS, e Rodrigo Guerrero, da Fundação Carvajal, Colombia, Cali, publicaram, em maio de 1999, o artigo intitulado *Vigilância Epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades*. A base de prevenção policial contra a violência necessita de melhores informações, procuras, análises, artigos, em todos os sentidos, para assim obter mais chances e sucesso na maneira de intervir na violência. O trabalho foi desenvolvido para criar mecanismos públicos da vida

epidemiológica; parte constituinte da Organização Pan Americana de Saúde e a Organização Regional do Plano de Ação da Vida e Violência são órgãos participantes dessa pesquisa. Finalmente, apresentam-se as discussões éticas e descrições dos programas de DESARROLO, Seguridad y Paz (DESEPAZ) em Cali e Santa Fé de Bogotá, Colômbia, onde os índices epidemiológicos de violência e seus sistemas são altos, para, dessa maneira, implementar o plano de ação para conter a violência.

Em julho de 2000, Peter Aggleton y Rafael Mazín, da OPAS, publicaram o artigo *Ya se dispone de antirretrovíricos contra el IVH y el sida: Es necesaria ahora la prevención?* Há pouco tempo, a única maneira de prevenção contra o vírus de imunodeficiência humana (HIV) se baseava nas atividades de prevenção. Hoje existe o Programa Mundial da AIDS (PMS), da Organização Mundial de Saúde, que objetiva conter o avanço da doença epidêmica do vírus mediante ações dirigidas, prevenindo a infecção. Como exemplo, os autores apontam publicações da PMS, declarando: “na ausência de um tratamento ou vacinas efetivas, a única solução é a prevenção”. Paradoxalmente, atribuía-se à prevenção um valor muito relativo, oferecendo apenas ausência de melhores alternativas. Curiosamente, a maneira de focar a prevenção não causou surpresa em diversos níveis da sociedade, porque todo o mundo realmente esperava soluções reparadoras para o problema emergente. Sem dúvida considerava-se a prevenção mais ou menos um remédio paliativo, um placebo, algo “melhor que nada”, mas de maneira alguma a solução para o problema. O tratamento antiviral, segundo os autores, revolucionará todo o processo descrito anteriormente, diminuindo a circulação das partes infectadas no organismo. Futuramente, os casos de mortalidade por AIDS terão diminuído. Mas, enquanto isso, temos que atuar conjuntamente na nova terapia, para justamente conseguirmos o objetivo maior contra a doença.

Através dos 43 artigos apresentados, tivemos uma contínua transformação conceitual através das publicações. Na década de 50, tivemos 3 artigos com a palavra chave prevenção, 2 referentes às praticas nutricionais materno infantil e 1 sobre malária.

Na década de 60, tivemos 10 artigos, sendo 3 sobre saúde materno infantil, 1 sobre doenças transmissíveis e medicina tropical, 1 sobre a vacinação BCG, 2 sobre prevenção do bócio, 1 sobre acidente de trânsito e 1 sobre a raiva humana.

Na década de 70, foram publicados 6 artigos, sendo 1 artigo sobre BCG, 1 referente à história da preventiva e 1 sobre os limites da prevenção, 1 sobre acidentes de trânsito, 1 sobre alcoolismo e 1 raiva humana.

Os anos 80 contam com: 2 artigos sobre dependentes químicos, 1 sobre cegueira, 1 referente ao meio ambiente, 1 sobre psiquiatria, 1 sobre atendimento primário e 1 sobre AIDS.

Dos anos 90 ao ano 2000, encontramos: 3 artigos sobre AIDS, 3 sobre violência, 1 sobre dengue e outro sobre cólera, 4 sobre saúde materno infantil, 1 sobre câncer do colo do útero, 1 sobre estilo de vida, 1 sobre coronariopatias, 1 sobre sarampo e 1 sobre catarata.

A visão foucaultiana de estudar a existência dos acontecimentos discursivos (sistemas de enunciados) de uma cultura propõe que esses sistemas se denominem de arquivo, que, para o autor é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares, sendo o sistema geral da formação e da transformação dos enunciados.

Esse arsenal de conceitos compõe as ferramentas para trabalhar neste caso, a história do conceito de prevenção sob a perspectiva arqueológica, que trata as contradições do material a ser analisado tentando medir o quanto se afastam das regras gerais do discurso. Nesta perspectiva, a arqueologia descreve os diferentes espaços de dissensão, descrevendo as contradições como parte legítima do conceito de prevenção no discurso das publicações da OPAS, reconhecendo-as como parte da história, instrumentalizando essa presença de maneira elucidativa, através de categorias que abrangem diferentes tipos de localização, nos diferentes níveis que podem ser detectados e nas diferentes funções que podem exercer.

A diversidade dos artigos trazem conseqüências para os discursos, que são elaborados de formas diferentes, mas que podem ser vistas em sua conjunto.

Nesse sentido, a formação discursiva nesta investigação caracteriza-se pela confecção deste texto, criado pelos artigos e práticas da OPAS compreendidas entre 1950 e 2000. Tratando-se de demarcar em uma prática determinada o elo em que elas se constituem, definindo a forma que assumem as relações que estabelecem entre si e o domínio que comandam.

Nosso objetivo não foi tentar tratar como simultâneo o que se dá como sucessivo, ou seja, apesar da linearidade cronológica exposta pelos artigos não tentamos imobilizar o tempo, substituindo seu fluxo de acontecimentos por correlações que delineiam o conceito de prevenção como estático.

A arqueologia ocupa-se com um campo de regularidades, no qual a oposição originalidade/banalidade não estabelece nenhuma hierarquia de valor, ou seja, não está em jogo, por exemplo, se o artigo sobre programas de alimentação publicado na década de 50 tem mais veracidade do que o artigo sobre HIV publicado em 1999. Esse não é o papel da arqueologia, ela apenas repõe sobre um prisma original as condições que favorecem o aparecimento de tal discurso e não de outro. O que prevalece são as regras que articulam determinados enunciados segundo regularidades, não importando seu estatuto de originalidade ou replicação.

A partir de meados dos anos 70, o modelo preventivo biomédico vai dando espaço para o conceito de promoção em saúde, em virtude dos movimentos sociais que estavam ocorrendo neste período, como foi mencionado anteriormente. Nos últimos 30 anos, tivemos vários artigos utilizando o conceito de prevenção, mas em sua maioria já priorizavam uma nova movimentação político-ideológica da área da saúde.



CAPÍTULO V

O discurso pedagógico da prevenção

Este capítulo tem por finalidade analisar a formação discursiva da prática pedagógica da Medicina Preventiva; considerando que a institucionalização dessa prática ocorre no pós 2ª guerra, daremos destaque a esse período. Cumpre lembrar que no início do século XX, especialmente a partir da Segunda década, com a crise econômica dos anos 20, houve sérias implicações nos custos da atenção médica, o que traria repercussões sobre as práticas preventivas¹.

O fortalecimento e a redefinição ou definições do discurso preventivista nas escolas médicas norte-americanas têm início a partir de 1950, abrindo o tema em de várias escolas médicas da América Latina e a sua futura adoção como uma nova forma de olhar o saber médico. Este movimento tinha como propósito principal orientar e melhorar o ensino médico nos aspectos preventivos e sociais do processo saúde - doença e também indicar novos métodos de ensino para os docentes, como a participação ativa dos alunos em estudos e programas de Saúde Pública, e em comunidades urbanas e rurais. Desde então, muitos seminários e conferências sobre educação médica foram realizados, dando maior ênfase ao ensino de Medicina Preventiva, adquirindo dimensões teóricas, políticas e ideológicas que se fortalecem, especialmente, após a segunda guerra mundial.

No período de 1922 a 1950, podemos afirmar que presenciaríamos uma preparação dos Departamentos de Medicina, que criariam autonomia a partir da segunda metade do século 20, nos Estados Unidos e Canadá, com a movimentação de uma redefinição das escolas médicas incorporando a prevenção como um eixo importante na formação médica. Neste capítulo, nossa atenção será voltada para a compreensão do percurso do conceito de prevenção, com a sua institucionalização nas escolas médicas latino-americanas, a partir de um modelo que se anunciava nos Estados Unidos. Lembre-se que no início dos anos 50 a influência do Estado Norte Americano em relação à saúde é marcante; em 1953, é criado o Departamento de Saúde Educação e Bem-estar. Além disso, expande-se a rede hospitalar e do complexo técnico, como instâncias básicas da atenção médica.

¹ O crash da bolsa de Nova York provocou a quebra de empresas, recessão e desemprego. Frente à situação, o Presidente Roosevelt proclamaria a política econômica do New Deal, caracterizada pela crescente intervenção do Estado no funcionamento da economia. Implanta-se o sistema de bem estar social, fortalece-se a

A análise feita, por Juan César Garcia é importante para recuperar a história desse período. Segundo García,

Na década de 50 a OPAS começa a se interessar por uma reformulação do ensino da Medicina Preventiva e Social, organizando seminários regionais sobre o assunto. Diversos acontecimentos, como a criação do SNS na Inglaterra, em 1948, e no Chile, em 1952, assim como a Conferência de Colorado Spring, estimulam a necessidade de formar um médico mais adequado à nova situação. A transformação do médico mediante mudanças na educação médica era a premissa sobre a qual se sustentava esta nova cruzada. A educação médica latino-americana era avaliada como atrasada cientificamente, desintegrada da prevenção. Rockefeller, Fundação Milbank, e o Ponto IV iniciaram um esforço para corrigir estas deficiências. Assim, a OPAS encarrega-se da “modernização do ensino da medicina preventiva e social”, a Fundação Rockefeller cria e apóia pequenas escolas-modelo, em zonas relativamente isoladas dos grandes centros urbanos nacionais. A fundação Milbank concentra-se nas ciências sociais em saúde e o Ponto IV incorpora cientistas sociais, especialmente antropólogos, em seus programas de ação (1985: 22).

Assim, inicia-se uma série de seminários² e conferências nacionais e internacionais para se discutir a nova proposta pedagógica da medicina preventiva. Estas discussões estavam também preocupadas com as novas relações sociais entre médico e paciente, grupos sociais, estrutura institucional e outros profissionais da área de saúde. Esses seminários mostram-nos claramente uma preocupação pedagógica na formação dos futuros médicos, a fim de que interiorizassem uma mudança na compreensão das relações

participação federal nos serviços de atenção médica e no nível privado surgem as formas de atenção hospitalar de pré-pagamento.

² Preventive Medicine in Medical Schools. Report of Colorado Springs Conference, 1952; Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina, 1955; OPAS Viña del Mar, Chile, 1955; OPAS, Tehuacán, México, 1956; Asociacion Venezolana de Facultades (escuelas) de Medicina, 1967; OPAS Reunión del Comité de libros de texto de la OPS/OMS, Washington (1968y1974); Asociacion de Facultades Ecuatorianas de Medicina, 1971; Asociacion Peruana de Facultades de Medicina, 1974; Congresso Nacional de Progresores de Higiene e Medicina Preventiva, 1956, publicações sobre experiências, programas e projetos departamentais (Scorzelli, 1966; 1973; Departamento de Salud para la Comunidad, 1971; Mascarenhas et alii, 1962, 1963; Pantoja e Thomas, 1973; Renjifo, 1959; Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1974; situação da Medicina Preventiva na Bahia, 1970; Cardoso, 1966; Carvalho, 1966; Encontro de Docentes de

culturais e sociais e a medicina. Lembramos que as preocupações pedagógicas instauram-se juntamente com propostas teóricas. Para Arouca, este novo paradigma científico tem suas raízes na Antropologia:

“(...) O homem, livre das determinações, instaura novas relações sociais; em que atitudes educacionalmente formadas transformam as relações sociais existentes e que, em última instância, colocam uma outra forma mais geral de causalidade para as relações sociais, em que estas são determinadas pelos homens e por cada um em particular. Posição cientificista quando assume que a criação de um “paradigma” transforma e determina novas relações sociais (1975 :112)”.

A partir desta nova visão científica, o conhecimento funde-se com este novo paradigma, denominado movimento preventivista, tendo como eixo principal a ruptura da unicausalidade, em nome de uma nova maneira de olhar o homem e suas relações com o mundo. Com a ampliação deste foco de análise, o binômio saúde-doença, até então cristalizado na relação agente – hospedeiro, amplia-se com a inclusão da categoria de ambiente.

A tríade ecológica: agente, hospedeiro e ambiente torna-se a mola propulsora de um novo modo de olhar as relações sociais do binômio saúde- doença, ampliando essas relações para categorias sociais, históricas, culturais, políticas e econômicas. Sendo assim, o discurso da educação médica abre um leque de espacializações:

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

Medicina, 1969; 1970^a; 1970b, 1970c, 1970d; 1970e; 1970f), relatórios de visitas a programas (Rico, 1965; OPAS, 1963; Pellegrini, 1974) dentre outros.

- 2) *Espacialização secundária*: em que, para a compreensão desta nova totalidade ecológica e para a sua solução, amplia-se a rede de relações sociais do médico que, ultrapassando o paciente, chega à família, à comunidade e preparando-se o campo para uma transformação da educação médica.
- 3) *Espacialização terciária*: em que se considera os gestos pelos quais se instaura a produção, a delimitação e a estratégia para a formação deste novo profissional (Arouca. 1975:113).

O movimento higienista abre um campo vasto para novas fontes de pesquisas na área da saúde e, principalmente, uma nova maneira de pensar a educação médica e suas práticas, surgindo a Medicina Preventiva.

Reverendo os textos, verificamos que a trajetória iniciada nos anos 50 expande-se largamente, fruto de muitas conferências. Em 1950, realizou-se a primeira conferência Pan-Americana de Educação Médica, na cidade de Lima, concluindo que seria necessário “Normar la educación médica hacia la medicina preventiva y social”. A primeira proposta discutida neste seminário, como fundadora de futuras discussões, foi:

“Estimular y ayudar al progreso en la formación de médicos mejor preparados para cumplir su importante papel en la protección y fomenta de la salud, mediante (a) la revisión y definición de los objetos y funciones de las cátedras o departamento de higiene y medicina preventiva en las escuelas médicas (b), el intercambio de experiencia sobre programas y métodos docentes (Molina. 1954:448)”.

Os temas de discussão deste seminário foram agrupados em três principais tópicos:

- (1) *Programa y métodos de enseñanza de la medicina preventiva:* a) Contenido del programa; materias que debe aprender el estudiante de medicina para ejercer su profesión debidamente orientado hacia la prevención y la salubridad; b) Duración de los cursos y distribución de las materias entre el Departamento de Medicina Preventiva y las otras cátedras, en los distintos años de la carrera; c) Metodología del proceso del aprendizaje; la instrucción teórica y los medios audiovisuales; la enseñanza de laboratorio; visitas y participación del estudiante en los servicios de salubridad y de atención médica familiar o comunal.
- (2) *Relaciones con otros departamentos de la escuela médica:* a) Relaciones docentes; integración de cursos y seminarios conjuntos en temas de interés común; nombramientos combinados de personal; b) Intercambio de servicios con los otros departamentos; consulta clínica y de laboratorio; asesoría estadística, epidemiológica y administrativa; c) Investigación conjunta en problemas clínicos y otros de interés comunal o de grupos.
- (3) *Papel de la Catedra o Departamento de Medicina Preventiva en las Actividades de Salubridad Pública:* Justificación y formas de utilizar a la comunidad como laboratorio para la educación del médico. Los aspectos económicos sociales del trabajo médico. Cómo puede el departamento y la escuela de medicina contribuir a mejorar los servicios de salubridad y la práctica de la medicina preventiva en su localidad (Molina. 1954:448).

Os documentos da conferência de Colorado Springs, realizada em novembro de 1952 e contando com setenta e seis escolas de medicina do Estados Unidos e Canadá, mostram como foram discutidas as novas diretrizes pedagógicas para escolas médicas americanas. A História Natural da Doença, de Leavell & Clark, torna-se o eixo principal

para as discussões sobre o que vem a ser a medicina preventiva e quais são suas principais características: Segundo um membro da conferência,

“(...) preventive medicine is interested in well and sick populations and is not geared just to a disease or to the sick; it needs a community laboratory; it is concerned with the person in relation to the group of which he is a member, the mass approach as well as the individual case approach; it must use methods and disciplines broader than medicine itself, the social sciences; biostatistics is an essential tool. Thus preventive medicine, by whatever departments it is taught, deals with disease at all stages of its natural history, with professional services, and with the relationships implied as these concern society-the whole community, population groups whose health is at an exceptional risk, the family, and the individual person (1952: 25)”.

Na conferência de Colorado Springs concluiu-se que a meta principal da medicina preventiva consistia em proporcionar aos estudantes todos os conhecimentos necessários para combater as doenças, buscando caminhos para bloquear as etapas de evolução das doenças o mais rápido possível. O diálogo com outras áreas do conhecimento seria um dos caminhos para o bloqueio e prevenção das doenças.

A Medicina Preventiva vai, aos poucos, consolidando-se e torna-se uma nova prática nas escolas de medicina, buscando através deste movimento mudar o panorama vigente no discurso pedagógico. As conferências e seminários são as molas propulsoras de uma série de publicações sobre este tema, que a Organização Pan-Americana da Saúde começa a divulgar.

Em abril de 1954, o Dr. Gustavo Molina, que estava vinculado à División de Educación y Adiestramiento da Oficina Sanitária Pan-Americana, publica o artigo *La medicina preventiva en la educacion medica* na seção *Educación y Adiestramento* do Boletín de la Oficina Sanitária Panamericano, no qual expõe o seguinte:

“La enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas médicas se ha convertido, en pocos años, en uno de los temas de mayor preocupación en todas partes, las autoridades y administradores de salubridad, tanto en nivel nacional y local como internacional, vienen expresando en forma cada día más categórica su adhesión a una vieja verdad: el pilar fundamental de cualquier plan de salud es una profesión médica ilustrada y consciente de su responsabilidad en la protección, fomento y restauración de la salud, tal como predicara Shattuck en 1850, pidiendo que se enseñara “la ciencia de conservar la salud y prevenir la enfermedad como una de las más importantes”. De resultas, no sólo se acepta la responsabilidad de la educación médica entre las funciones de la salubridad, sino que muchos países se interesan activamente en mejorar y ampliar la enseñanza de la medicina preventiva (1954:442)”.

O Dr. Molina prossegue, dizendo que se torna necessário:

“Establecer un contacto vivo y continuado entre el estudiante y el individuo en su ambiente natural, o sea la unidad familiar y la comunidad; enseñar a observar y a orientar las reacciones fisiológicas y mentales del paciente, sano o enfermo, considerado como una unidad biológica y no como el sujeto de ciencias básicas o de especialidades clínicas aisladas; estudiar y tratar la colectividad como a un organismo en que el futuro médico juega un rol profesional y de líder naturalmente. Obsérvese que los ejemplos dados suponen que el estudiante aprenda activamente principios y métodos, haciendo él mismo, bajo dirección adecuado, esa síntesis que es el desiderátum de la educación moderna; suponen, también, que la escuela médica cumpla sus funciones consultivas, permitiendo a la colectividad obtener los servicios de expertos de su facultad, a través de centros de salud regionales y hospitales especializados que sirvan de modelo (1954:443)”.

Essas idéias são retomadas continuamente como, por exemplo, pelo Dr. W. Palmer Dearing, cirurgião geral adjunto do serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. O Dr. Dearing publica um artigo sobre a *Nueva orientación en la enseñanza de la Medicina Preventiva* na seção *Educacion e Adiestramento* e, ao relatar sobre a Conferência Mundial

de Educação Médica que ocorreu em Londres em 1953, dá ênfase à formação do “médico de amanhã”, que deverá corresponder às necessidades da comunidade, respeitando o lugar, a época e os problemas sanitários específicos e priorizando os aspectos sociais nas relações médicas. (1954: 446)

O Dr. Edward Grzegorzewski, Diretor da Divisão de Serviços de Educação e Adestramento da Organização Mundial de Saúde, publica, também, um artigo na seção *Educación y Adiestramiento* com o tema *La Medicina Preventiva en el plan de Estudios medicos*, com a preocupação na formação do graduando em medicina, destacando a importância conferida ao ensino de Ciências Sociais na área médica.

Outro ponto importante, e que será inúmeras vezes retomado, refere-se à medicina preventiva no plano de estudo médico. O autor aponta que:

1. la medicina preventiva deberá constituir un plan de estudios y no un curso;
2. la orientación del estudiante hacia los aspectos preventivos debe comenzar al principio de sus estudios, y continuar durante toda su duración;
3. la mayor parte posible de la medicina preventiva debe estar incorporada al resto de la enseñanza médica (1954:647)”.

Sem dúvida, como mencionamos anteriormente, as inúmeras conferências e reuniões serão parte integrante do movimento que se orienta para o interior do curso médico, formulando conteúdos e práticas. Isto irá ocorrer em muitos países, como pode ser visto em diversos trabalhos. O Dr. Guillermo Arbona, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de Porto Rico, publicou um artigo sobre o ensino de medicina preventiva e saúde pública na escola de medicina da Universidade de Porto Rico, como parte da preocupação de promover uma reforma curricular na universidade de seu país. No plano de estudo, o curso de medicina estava direcionado para o ensino de estatística, medicina preventiva e saúde pública, epidemiologia, aspectos clínicos da medicina preventiva e condições de saúde urbana e rural. (1955:186)

Toda essa movimentação em torno do discurso pedagógico da Medicina Preventiva levou a Organização Pan-Americana de Saúde a preparar uma série de seminários que seriam primordiais para a implantação do ensino de Medicina Preventiva na América Latina. Tal série seria marco teórico para este movimento que crescia em todo o continente Americano.

O primeiro seminário patrocinado pela OPAS realizou-se em Viña del Mar, no Chile, em outubro de 1955, com a participação de 58 representantes dos departamentos de medicina preventiva da Argentina, Chile, Brasil, Paraguai, Uruguai, Peru e Venezuela. O primeiro tema a ser abordado foi o programa e método de ensino de Medicina Preventiva, com o objetivo que todos os países criassem condições para o estudante adquirir conhecimentos, habilidades, consciência ética e que o capacitasse como médico, para promover, preservar e restaurar a saúde do meio físico, familiar e social, sendo de suma importância na formação do médico aspectos da ordem da medicina preventiva, em harmonia com o diagnóstico e tratamento.(1976:05)

A discussão em torno da criação de uma nova grade curricular para o curso de medicina foi muito intensa, concluindo-se que se deve ensinar Medicina Preventiva por todo o período da formação médica, tanto integrada com outras disciplinas, como em cursos separados. Concluiu-se que seria de extrema importância incluir no curso disciplinas como:

“Bioestadística; Epidemiología de los procesos que afectan a grupos, cualquiera que sea su etiología y no solamente de las enfermedades transmisibles; Saneamiento, insistiendo en los fundamentos médicos y no en las técnicas que corresponden al sanitarismo; Problemas médico-sociales de la familia, de la comunidad y del país; Antropología social y ecología; Técnicas de educación sanitaria que deben ser utilizadas por el médico; Medicina ocupacional; Conocimientos de las organizaciones de medicina sanitaria y asistencial” .(1976:06)

A integração entre os alunos e a comunidade faz-se cada vez mais presente na formação do médico do pós-guerra, mostrando claramente que as escolas médicas tomam um novo direcionamento nas atividades de serviço público, defendendo a medicina

preventiva e a interação do homem com o seu meio. Portanto, o ensino de medicina preventiva deve penetrar na realidade social não só para conhecer e investigar, mas também para contribuir na melhora das condições de saúde.

O segundo seminário patrocinado pela OPAS realizou-se em Tehuacan, México, no mês de abril de 1956, com a participação de representantes das escolas de medicina da Colômbia, Bolívia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Haiti, Porto Rico, Suriname e República Dominicana. O primeiro tema abordado no Seminário de Tehuacan foi o Programa e Métodos do Ensino de Medicina Preventiva, no qual a educação médica tinha como objetivo reafirmar o papel do ensino na formação médica:

“La enseñanza de la medicina, proceso esencialmente dinámico y en permanente evolución, debe facilitar al estudiante la adquisición de conocimientos básicos y técnicas indispensables y ayudarle a formarse, mediante esfuerzo propio, los hábitos, la actitud y la habilidad que lo capaciten para: a) Asumir responsabilidad práctica por la salud total del hombre, individual y colectiva, de acuerdo con las bases científicas y las normas éticas de la profesión; b) Identificar, tratar y prevenir las enfermedades y mantener y promover la salud física y mental de los individuos, la familia y la comunidad; c) Conocer y colaborar en la solución de los problemas de su medio social; d) Formarse una conciencia profesional que lo lleve a proceder con la misma eficiencia y la misma actitud humanitaria con todo paciente sin discriminación alguna; e) Desarrollar el deseo de superación en la práctica médica, manteniéndose continuamente informado de los adelantos de su profesión y contribuyendo al progreso de la medicina (1976:10)”.

A partir desse encaminhamento, o ensino de Medicina Preventiva deveria dar condições para o estudante de medicina adquirir conceitos e métodos da atenção integral do indivíduo, criando no futuro médico conhecimento da função social do seu ofício, estimulando o interesse do estudante nas atividades coletivas relacionadas à saúde e fomentando boas relações com as futuras e autoridades sanitárias. (Informe Técnico. OPAS. 11:1976)

afirma: Estimulando o futuro profissional para o exercício do seu ofício, o documento

- “a) Consideren al paciente como una persona que parte de una familia y una comunidad y no como un individuo aislado;
- b) Practiquen la medicina integral: preventiva, curativa y de rehabilitación;
- c) Conozcan y participen activamente en la solución de los problemas de salud de la comunidad en donde actúen (1976:11)”.

Para estimular esta nova compreensão no aluno de medicina, as escolas médicas preocupam-se com a reestruturação curricular; o programa deve proporcionar ao estudante conhecimentos:

- “a) Del individuo como unidad biológica, para lo cual incluirá la enseñanza de biología, genética y psicología;
- b) Del hombre como unidad social teniendo en cuenta sus interrelaciones con el medio ambiente, sea físico-químico, biológico, psicológico o social. Esto comprenderá aspectos de sociología general, ecología y antropología social, saneamiento, epidemiología y bioestadística (1976:13)”.

De um modo geral, 3 partes são básicas na estruturação dos departamentos, como é apontado nesse documento:

- “a) Desarrollar la enseñanza teórico-práctica de sus materias específicas;
- b) Promover y colaborar en la integración de la medicina preventiva en otras cátedras;
- c) Colaborar en la enseñanza de medicina preventiva y salud pública en otras facultades de la universidad (1976:13)”.

Podemos concluir que os seminários de Viña del Mar e Tehuacán fortaleceram a formação dos Departamentos de Medicina Preventiva na América Latina, direcionando seus objetivos, promovendo uma mudança no nível das escolas médicas e proporcionando um novo sistema de integração curricular com outras áreas do conhecimento, aliada a uma nova postura do docente. Esta estratégica mudança abre um novo sistema de relações com diversos órgãos de saúde e principalmente no ambiente acadêmico. Este turbilhão de transformações apresentava um claro objetivo: formar um novo tipo de profissional médico que, através desta pluralidade de transformações, estaria mais qualificado para promover mudanças na qualidade da atenção médica e, conseqüentemente, a melhoria das condições de saúde da população, promovendo a prática preventivista nas suas relações cotidianas.

Em novembro de 1959, o Dr. Santiago Renjifo Salcedo, do Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina del Valle, em Cali, publica um artigo sobre *Enseñanza de Medicina Preventiva y Salud Publica en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle Cali, Colombia*. A Faculdade de Medicina de Cali foi fundada em 1950 e desde 1955 estabeleceu uma parceria com a Fundação Rockefeller. O Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública é, nessa data, um dos nove departamentos que compõem a faculdade de medicina.

É interessante retornar à estrutura do curso de Medicina da mencionada Faculdade, cuja duração era de 8 anos; no primeiro ano, estudava-se ecologia geral com base na epidemiologia e matemática aplicada; no segundo, terceiro, quarto e quinto anos, microbiologia, imunologia, parasitologia, introdução à epidemiologia, metodologia estatística e Antropologia Social; apenas a partir do quinto ano: saúde pública e medicina preventiva em grupos familiares, serviço de saúde, visitas domiciliares e consulta externa, e seminários. No sexto ano, o estudante entra para o internato, no sétimo, cursa residência auxiliar e no oitavo medicina rural (Nov.1959).

O Boletim da Oficina Pan-Americana de Saúde pública, em julho de 1964, o artigo *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en Concepción, Chile*, dos pesquisadores Hernan San Martin, Rolando Merino S, Jorge Peña e colaboradores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Concepción.

O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de Concepción foi criado em 1958, com a preocupação de interligar o ensino clássico e seus conceitos com a medicina integral, desenvolvendo os aspectos preventivos e sociais. O corpo docente não aceitava facilmente as inovações, pela própria tradição médica latino americana vigente até então. As características principais do programa e a maneira como ele se desenvolveu podem abarcar várias áreas do conhecimento do primeiro ao sétimo ano, somando 570 horas (105 horas de aula teórica e 465 de prática), sendo 7% do total de horas do plano do curso, que é de 7192 horas. O curso divide-se nas seguintes áreas:

1. Estadística médica, 2. Antropología Social, 3. Higiene ambiental, 4. Epidemiología, 5. Enfermedades infecciosas, 6. Medicina preventiva clínica, 7. Medicina familiar, 8. Medicina Social, 9. Internado, 10. Control, 11. Evaluación ,12. Relaciones com el Servicio Nacional de Salud e Recursos económicos. (1964:18).

Os professores e pesquisadores concluíram que o programa do ensino médico chileno teria por objetivo aliar os interesses de saúde nacionais e locais.

Os professores Carlos Luis Gonzales, Emilio Lopez Vidal, Clemente Acosta Sierra, Alfonso Colmenares y Fabio Arias Rojas, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Escola de Medicina da Venezuela, publicam também um artigo sobre *La enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en la Escuela de Medicina “José Vargas”, Universidad Central de Venuzuela*, com o objetivo de mostrar o trabalho que o Departamento de Medicina Preventiva estava desenvolvendo. Segundo os autores, a participação de profissionais do Ministério da Saúde e Assistência Social, como também sociólogos, engenheiros sanitários, veterinários e enfermeiros no ensino de algumas disciplinas do curso são extremamente importantes para a formação do futuro médico, bem como para o fortalecimento da instituição. (1965:210)

A proposta de formação integral de médicos generalistas tem como base o conceito preventivo e social, pilar para tal formação. Não é objetivo formar especialistas em administração sanitária ou em determinados campos específicos desta área, pois isto compete à Escola de Saúde Pública.

O programa de estudo preocupa-se com uma formação que seja o mais prática e objetiva possível, a fim de que o estudante participe ativamente do processo educativo e desenvolva, ao máximo, os hábitos da auto-educação, preparando-se o aluno para atuar na área metropolitana e demais áreas da cidade. O programa de estudo divide-se em:

Primer año: Métodos estadísticos en medicina; Segundo año: Aspectos socioantropológicos de medicina, Microbiología y epidemiología generales; Tercer año: Microbiología y epidemiología especiales, medicina preventiva y social aplicada, promoción de la salud, problemas sociales; Cuarto año: aspectos clínicos de la medicina preventiva; Quinto año: problemas de la salud en Venezuela; Sexto año: internado rolatorio (1965:211 - 214).

O departamento de Medicina Preventiva da escola José Vargas esperava com isto poder contribuir na formação de médicos que pudessem lidar com situações que demandassem conhecimentos da sua realidade e das necessidades médicas sanitárias e sociais do país.

Também fora da América Latina o ideário da Medicina Preventiva será ponto de reflexão, por exemplo, na Califórnia. É o que relata Jean Spencer Felt, professor de higiene e trabalho e Alfred H. Katz, professor associado de assistência médico social, ambos da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade da Califórnia, Los Angeles. Publicaram o artigo *Temas que se repiten en la enseñanza de la Medicina Preventiva*, em julho de 1965. A reflexão central do artigo gira em torno dos problemas que os estudantes devem trabalhar na sua formação:

Se esbozan los medios de despertar en los estudiantes de cuarto año de medicina que estudian y trabajan en calidad de pasantes, la conciencia y el interés por problemas tangenciales a la medicina tradicional e importantísimo para la medicina de nuestros días. Además, se presenta un cuadro de los temas que surgen con mayor frecuencia en las discusiones de grupos de profesores y alumnos a propósito de los pasantes con los pacientes de la consulta externa, en el hospital correspondiente (1965:52).

O estágio é organizado em um período de quatro semanas e meia, coincidindo com a circulação dos estudantes no centro médico. Os estudantes do quarto ano são divididos em grupos de sete ou oito, com a coordenação de um professor, participando no dia-a-dia dos diversos setores do hospital. Após este período, os alunos reúnem-se com os orientadores para discutir suas respectivas experiências no contato com a clínica e o paciente.

A Medicina Preventiva durante o quarto ano do curso de medicina torna-se, segundo Felton e Katz, grande motivador para a formação de médico com um perfil mais generalista, preocupado com a multiplicidade de fatores que o paciente traz ao procurar o sistema de saúde.

Todas estas idéias pedagógicas relacionadas ao ensino da medicina preventiva adentram os anos 60 e alguns fatos revelam como foram enfatizados na segunda metade dessa década.

Nesse momento, a participação da OPAS será de fundamental importância para a consolidação de um projeto preventivista. Assim, às vésperas de se comemorarem os 10 anos das Reuniões de Viña del Mar (1955) e Tehuacán (1956), o diretor da OPAS convocou um grupo de especialistas a fim de que “aconselhassem a Organização sobre os princípios e técnicas aplicáveis para estudar o ensino da medicina preventiva e social na América Latina, conforme as recomendações formuladas pelos dois seminários mencionados” (García: 2, 1972). Este grupo de especialistas reuniu-se em Washington, no mês de Dezembro de 1964, com a participação dos doutores Gustavo Molina, Carlos Luis Gonzáles, Myron Wegman, Maurice Backett, José Pedreira de Freitas e James G. Roney

Junior. Como resultado deste encontro, o grupo apontou a importância da pesquisa sobre o ensino de medicina preventiva e social, pois serviria como marco de referência para a Organização, possibilitando a este grupo de pesquisadores estruturar melhor suas ações neste novo campo de pesquisa.

Posteriormente, em março de 1967, esse Comitê Assessor reuniu-se novamente, a fim de definir o modelo de investigação, visto que a primeira versão do modelo havia sido testada em 15 escolas do continente. Nesse momento, são introduzidas duas alterações no projeto original: 1. Escolher um modelo explicativo em lugar de descritivo, 2. Realizar investigações em educação médica, com ênfase no ensino da medicina preventiva e social, e não somente uma investigação exclusiva dessa disciplina.

A investigação seria realizada em fins de 1967 e início de 1968, dela resultando o livro *“La educación médica en la América Latina”*, sob a orientação direta do Dr. Juan César García (García, 1972).

Antecipando muitos aspectos que viriam a ser tratados nessa obra, e através de um novo periódico criado pela OPAS, em 1966, a revista *Educación Médica y Salud*, a Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, em 1967, publicou, o artigo do Dr. Gustavo Molina, *“Evaluación de la enseñanza de la medicina preventiva y social integrada en las clínicas”*, abordando noções e práticas preventivistas e sociais em todo o processo de formação clínica do estudante. O Dr. Gustavo Molina afirma:

“En cuanto a medicina preventiva”, en la 60ª Conferencia Anual del Milbank Memorial Fund se dijo que “esos objetivos se cumplen através del curso de estadística médica en el primero año, del curso de epimiologia y considerable experiencia comunal como parte de parasitología en el sexto”. La enseñanza del tema como parte de otras disciplinas, ha sido más bien irregular y limitada a cursos como pediatría, enfermedades infecciosas y materias afines. Muy poco se há hecho a este respecto en algunas cátedras de medicina en el cuarto y quinto años y durante el internado, años cruciales en la formación del futuro médico (1967:67).

Os professores de Medicina Preventiva e disciplinas ligadas à clínica, colaboram em um programa único de ensino e assistência, que compreende atenção ao paciente hospitalizado, efetuando uma prática pedagógica entre alunos, monitores e professores.

“La enseñanza está a cargo del personal clínico, como parte integrante de sus programas y tareas docentes anuales, con el estímulo desde un coenzo dos recursos especiales de aprendizaje, que siguen siendo los pilares de la enseñanza, a saber: 1) Una ficha epidemiológico-social para cada paciente hospitalizado, y 2) la responsabilidad del estudiante en la educación de los pacientes dados de alta (1967:69).

O ensino de Medicina Preventiva teve grande aceitação entre os alunos, podendo os estudantes identificar elementos para uma boa relação entre médico e paciente, tendo como objetivos reconhecer a influência dos fatores ambientais e sociais da doença e conhecimentos sobre políticas de saúde. O trabalho de caráter preventivo constitui parte indispensável na atividade clínica.

Em função desta agitação nas escolas médicas, o comitê sobre o Ensino de Medicina Preventiva e Social da OPAS reuniu-se em Washington, de 18 a 22 de novembro de 1968, com o objetivo de formular direções para o ensino de medicina preventiva e social nas escolas médicas da América Latina. O comitê destacou três objetivos gerais para a educação médica: 1) Em matéria de ensino, o objetivo da educação médica calca-se no diálogo com os diversos profissionais da área da saúde; 2) Objetivos de investigação compreendem o estudo sistemático dos problemas nacionais de saúde e seus determinantes biológicos, econômicos e sócio-culturais, do papel dos profissionais e dos serviços de saúde na comunidade e na educação médica; 3) Entre os objetivos dos serviços de extensão, o comitê assinalou a participação na organização dos serviços hospitalares e ambulatoriais da comunidade, dando ao estudante oportunidades de aprender procedimentos modernos de prevenção, diagnósticos e tratamento, e na observação de como se organizam e se distribuem os serviços de atenção médica integral. (1976:17-19)

Os objetivos específicos discutidos sobre o ensino da Medicina Preventiva e Social foram: 1) O conhecimento e compreensão dos métodos de saúde coletiva, fatores ambientais, econômicos e sócio-culturais, abordando mecanismos para a promoção da saúde e prevenção das doenças (primária, secundária e reabilitação); 2) Incorporar valores (éticos e sociais) e atitudes na maneira de atuar as questões preventivas, epidemiológicas, sociais e educativas; 3) Incorporação e destrezas para medir o nível de saúde tomando em conta os fatores sócio-culturais e ambientais, tanto na saúde individual quanto na saúde coletiva. (1976:19- 20) .

Indiscutivelmente, a maior revelação sobre o ensino da medicina preventiva e social dos anos 70 será o livro de Juan César Garcia. A sua importância revela-se não somente pela abrangência do tratamento do tema e sistematização dos dados, mas, também, pelo enfoque teórico dado à análise da educação médica.

O próprio autor, ao escolher o materialismo histórico como teoria orientadora³, revisa como, até então, era estudada a educação médica, sendo que três enfoques disputam a explicação dos mais diversos aspectos da educação médica: as teorias das relações humanas, a teoria funcionalista e a teoria estruturalista.

Na teoria das relações humanas “...a importância é conferida às relações que se estabelecem entre os indivíduos e o processo de ensino (1972:13), ilustrado pelo livro de Bridge (1965) intitulado *Pedagogia Médica*.

Na teoria funcionalista, o conceito central é o de “sistema”, e por enfatizar a integração, homeostase, adaptação, diminui a importância do “caráter produtivo, genético da determinação” (1972:13).

Ambas as teorias são vistas por García como insuficientes para entender o processo da educação médica. Adota, então, a teoria estruturalista, buscando em Louis Althusser, Etienne Balibar, Maurice Godelier e Pierre Bourdieu os conceitos básicos para explicar as relações entre a educação médica e a estrutura social. Já que o trabalho de García é um marco no estudo da educação médica na América Latina, é essencial que se retenham alguns dos conceitos adotados. O autor entende por educação médica o processo de produção médica, subordinando-a à estrutura econômica preponderante na sociedade

onde se desenvolve. Na sociedade, segundo García (1972:4), destacam-se dois traços: 1) sua relação com outros processos, em especial com o trabalho médico e 2) a existência de dois níveis, um dos quais, o modo de produzir médicos, determina o outro: a ordem institucional da educação médica.

Outros conceitos adotados para se entender o processo de formação de médicos referem-se a dois componentes inseparáveis: 1) o processo de ensino e, 2) as relações de ensino. O primeiro define-se como “o conjunto de etapas sucessivas pelas quais passa o estudante ao transformar-se em médico “e no qual podem se distinguir atividades, meios e objetos de ensino. O segundo é entendido como “as conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam no processo de produção de médicos, e são a resultante do papel que estes indivíduos pagam no ensino médico” (1972:5,6).

Torna-se imprescindível, para se entender a trajetória do projeto pedagógico da prevenção no Continente, a leitura desta obra publicada pela OPAS: em especial o Capítulo 3: “*Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social*”.

Para pesquisar a Educação Médica na América Latina, García separou-a em duas grandes áreas de investigação: uma referente às características da educação médica, que inclui o ensino de medicina preventiva, e, a outra, referente às atitudes e comportamentos dos estudantes de medicina. Para obter as informações sobre as características da educação médica, foram elaborados dois questionários guias: um sobre as escolas de medicina e seus planos de estudo, e outro sobre o ensino de medicina preventiva e social; ambos foram aplicados em todas as escolas existentes, em 1967, na América Latina.

Antes da aplicação definitiva dos questionários, García fez um pré-teste em 15 escolas da América Latina, com o objetivo de adequar os questionários às experiências obtidas e, também, obter informações mais fidedignas. Após esta fase, o número de escolas analisadas variou segundo o tema; por exemplo, sobre o estudo do curriculum e do ensino de medicina preventiva e social foram analisadas 100 escolas. A maioria dos dados apresentados correspondem ao período escolar de 1967-1968.

³ No original, o autor utiliza a expressão “teoria estruturalista”.

No capítulo 3, *Enseñanza de la medicina preventiva e social*, García anota que o termo “medicina preventiva” tem sido empregado por muito tempo nas escolas de medicina, e seu significado não tem sido suficientemente homogêneo. Assim expressou-se também o Comité de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, em seu primeiro informe (novembro; 137:1968): “La discusión puso de relieve la necesidad conceptual y metodológica, existente en muchos países y centros docentes, de precisar la definición y límites del término “medicina preventiva”, que se há venido usando por várias décadas com una acepción cada vez más amplia”.

A dificuldade de definir o conceito “medicina preventiva” justifica-se pela existência de uma série de significados que o termo gerou em cada país, e também em virtude da inclusão de várias disciplinas junto à cátedra de medicina preventiva. Como, por exemplo, muitas escolas incorporam ao departamento de medicina preventiva disciplinas como parasitologia e microbiologia.

Na Conferência de Medicina Preventiva realizada em Colorado Springs (Estados Unidos) em 1952, também foi expressada certa insatisfação com o termo “medicina preventiva”.

Segundo García:

“El término “medicina preventiva” há sido definido en diferentes formas; en su acepción más limitada, como “aquella parte de medicina cuyo objeto es evitar y prevenir la ocurrencia de la enfermedad”, y en su acepción más amplia, como las acciones médicas destinadas a “evitar la ocurrencia de la enfermedad, interrumpir el curso de la misma en cualquier etapa de su desarrollo, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física y mental (1972:86-87)”

O problema agrava-se quando termos como saúde pública, medicina social e medicina comunitária são usados como sinônimos de medicina preventiva. García afirma que a diferença na denominação não significa que o conteúdo das disciplinas que se ensinam sejam muito diferentes. (1972:88)

As denominações mais utilizadas pelos departamentos de medicina preventiva são: medicina preventiva e social, medicina preventiva, higiene e medicina preventiva, medicina preventiva e saúde pública. Segundo García, em alguns países predominam denominações como: medicina preventiva e sociologia médica (México); higiene e medicina preventiva (Brasil), e medicina preventiva e social (Venezuela). Isto se deve às influências que cada país recebeu na história de seus respectivos departamentos.

Através desta problemática, García considerou importante estudar o ensino da medicina preventiva a partir de três diferentes ângulos:

- La enseñanza impartida por las cátedras o departamento de medicina preventiva.
- La enseñanza de los aspectos preventivos y sociales en la carrera médica, analizando todas las asignaturas y no sólo aquellas bajo la responsabilidad de las cátedras o departamentos de medicina preventiva.
- El estudio separado de los programas integrales que constituyen entidades bien definidas dentro del currículum de las escuelas de medicina (1972:90)”.

Segundo García, a medicina preventiva completa-se em cinco grandes áreas do conhecimento: *medidas preventivas, epidemiologia, medicina quantitativa, organização e administração dos serviços de saúde, e ciências da conduta*, que constituem o núcleo denominado Medicina Preventiva.

Compreende-se por *medidas preventivas* a conceituação proposta por Leavell & Clark, sendo destinada a interromper o curso da doença em qualquer de suas fases. Segundo esses autores, a doença tem uma série de processos que agrupam dois grande períodos: pré-patogênico e patogênico, subdividido em três fases: prevenção primária, secundária e terciária. O período pré-patogênico constitui-se na relação entre o agente potencial da doença, o hospedeiro e os fatores ambientais. O período patogênico inicia-se com os primeiros estágios da doença, lesões discerníveis, o avanço da doença e a morte.

Teoricamente, é possível, através do conhecimento acumulado, prevenir a doença em qualquer uma das suas fases. Sendo assim, no período pré-patogênico pode-se prevenir mediante a promoção da saúde e a proteção específica do sujeito contra o agente causal; Leavell & Clark chamam essa fase de prevenção primária. A prevenção secundária refere-se às ações realizadas durante a primeira fase do período patogênico, podendo evitar seu avanço mediante diagnóstico e tratamento adequado. E, finalmente, a prevenção terciária, que se destina a reduzir a incapacidade e promover a reabilitação.

Existem diferentes definições para *epidemiologia*; a mais adotada pelos epidemiologistas é a definição a proposta por Morris: “*Epidemiologia é a disciplina que descreve a distribuição das doenças na população e analisa os fatores que determinam esta distribuição*”⁴. Segundo García, o conceito de medidas preventivas e epidemiologia tem sua origem na prática, tanto no ensino como no trabalho do epidemiólogo. Para o estudo do ensino de epidemiologia nas escolas de medicina Latino Americanas, consideraram-se as seguintes categorias: a) metodologia, b) investigação epidemiológica, c) epidemiologia das doenças transmissíveis, e d) epidemiologia das doenças não transmissíveis.

O nome *medicina quantitativa* não é de uso freqüente nas escolas de medicina da América Latina, porém García adotou o nome *medicina quantitativa* neste trabalho para agrupar com maior fidelidade uma série de tópicos, que seriam difíceis de classificar através dos nomes tradicionais de bioestatística e estatística médica. Compreende-se por medicina quantitativa o conjunto de métodos e técnicas empregados para elaborar, analisar e interpretar dados numéricos no campo da medicina. Esta definição inclui tanto os aspectos básicos, tais como a metodologia estatística, como também o método científico.

A *organização e administração dos serviços de saúde* refere-se ao estudo da organização dos recursos e dos esforços coletivos, com o objetivo de promover a saúde para a população e evitar e reparar os efeitos das doenças. A compreensão de seus custos e sua relação com a economia nacional e individual constituem um núcleo básico denominado saúde pública. Esta disciplina agrupa três categorias: a) economia e saúde, b)

⁴ Ao longo desses anos, das décadas de 70 a 2000, a Epidemiologia passaria por novas formulações e definições. Esses pormenores não constituem o objeto deste estudo. Há uma larga bibliografia e, dentre outros podem ser citados: Susser e Susser (), Buck, Llopis, Nagera, Terris (1988).

conceitos gerais de organização e administração de serviços de saúde e c) descrição e análise dos serviços de saúde no país⁵.

A expressão *ciências da conduta*, muito usada nos anos 70, foi empregada para designar o conjunto de três disciplinas das ciências sociais: sociologia, antropologia e psicologia social. García aponta alguns autores, como Gaete e Tápia, que não concordam com esta definição; acreditam estes que a denominação *ciências da conduta* teria implicações teóricas derivadas de algumas correntes do pensamento norte-americano, que dissociam o comportamento individual da sua base social, tendo como objetivo, implícito e explícito, a educação máxima da medicina na sociedade⁶.

García considera ainda no referido capítulo, que nos últimos anos o ensino de medicina preventiva e social constitui um campo importante na educação médica. Quase todos os professores e alunos das escolas Latino Americanas estudadas reconhecem e aceitam o ensino de medicina preventiva e social como fator importante na formação do estudante de medicina, porém García acredita que seja necessário melhorar os aspectos qualitativos do ensino, principalmente os métodos pedagógicos integrados com a clínica.

Para clarear o papel da medicina preventiva e social, García afirma que se deve elaborar um novo marco conceitual na produção de conhecimentos científicos e no campo médico; tal conhecimento conceitual pode agrupar-se em quatro grandes categorias: 1) A primeira refere-se ao conhecimento sobre o ser humano nos determinantes de saúde e doença; 2) A segunda categoria é calcada na prevenção das doenças e promoção da saúde; 3) Não foram levados em conta a terceira e quarta categoria de conhecimento que ensinam nas escolas de medicina, como uma nova visão (preventiva). O estudante aprende métodos para evitar doenças em nível coletivo e individual, mas desconhece o porque que essas medidas não são aplicadas em determinados grupos sociais. (1972:165)

Três anos após a publicação do livro de García, Arouca (1975) escreveu a sua tese, defendida em 1976. A tese de doutoramento de Sérgio Arouca, “*O Dilema Preventivista, Contribuição e Crítica da Medicina Preventiva*”, constitui-se em marco importante para compreender o movimento preventivista sob o olhar de um pesquisador

⁵ Para uma revisão atualizada do tema, consultar White, K.L (1992).

⁶ Sobre a questão, ver Nunes (1995).

brasileiro. Partindo do projeto arqueológico de Michel Foucault e da perspectiva teórica de Louis Althusser, o autor estabelece a relação entre a prática discursiva da medicina preventiva e a análise em diferentes instâncias de um modo de produção. O autor preocupa-se em trabalhar com o próprio objeto do Materialismo Histórico, servindo como referência geral para situar o discurso, que abandona, assim, sua liberdade, para articular-se com instâncias de uma formação social, permitindo o afastamento da sucessão cronológica, da influência dos sujeitos e das análises de conteúdo.

O movimento preventivista, segundo o autor, não existe como singularidade, mas integra um movimento mais geral da institucionalização das relações específicas da Ciência e do Saber, por via disciplinar, que tem como função fundamentar as relações que estas ciências mantêm com necessidades geradas no interior de uma formação social.

O autor conclui, em relação ao estudo específico da Medicina Preventiva, que esta ocupou o espaço deixado pela Higiene Privada e *“como disciplina do ensino médico, fez seu aparecimento na Inglaterra e logo foi transplantada para os Estados Unidos e Canadá, onde se configurou como um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma atitude formada nas Faculdades de Medicina.* (Arouca: 1975:238).

Em síntese, o movimento preventivista, segundo Arouca:

“...possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao construir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações. Ao introduzir nas escolas médicas uma discussão sobre a Teoria da Medicina, a Medicina Preventiva tem possibilitado o aparecimento de núcleos de reflexão sobre a teoria, que poderão se constituir em um novo campo da Prática Teórica, delimitando o ideológico no interior da Medicina. E finalmente, na América Latina, o movimento preventivista como tendência vem se deslocando no sentido de projetos racionalizadores da atenção médica, constituindo-se no solo para a introdução da racionalidade da produção no interior da prática médica (1975:241,242)”.

O fundamento da proposta preventivista baseou-se em uma redefinição dos contornos do profissional médico que deveria ser imbuído de um novo conjunto de atitudes que o relacionassem com a comunidade, tendo como base conceitual a História Natural da Doença, a própria saúde e doença e a causalidade.

Arouca analisa aspectos que já foram abordados neste trabalho, como a série de reuniões que se desenvolvem nos anos 70; no que diz respeito a tal período, o autor afirma que: “a medicina preventiva assume assim a forma de um movimento social, que a partir dos Seminários e Congressos espalha-se em uma rede, em uma dinâmica de influências, de despertar de consciências (p. 121)”.

Na década de 70, a discussão que se faz no âmbito da Medicina Preventiva refere-se aos modelos de ensino. Nesse sentido, o Dr. Edgar Muñoz, do Departamento de Desenvolvimento e Recursos Humanos da OPAS, publicou o artigo “*Modelos utilizados en la enseñanza de la medicina preventiva y social*”, em 1973. O artigo faz uma reflexão sobre os seminários de Viña del Mar, Chile (1955), Tehuacán, México (1956) e Washington (1968). Muñoz mostra-nos que:

El desarrollo de la enseñanza de la medicina preventiva ha encontrado innumerables problemas, algunos de los cuales no han sido resueltos satisfactoriamente. Su incorporación, como disciplina nueva, a los sistemas docentes tradicionales de muchas de las instituciones universitarias, ha determinado con frecuencia reacciones negativas que impiden definir los métodos de enseñanza, su coordinación con otras asignaturas y su sistema de evaluación. El carácter dinámico de la medicina preventiva y de la educación médica en general, influenciado por los cambiantes problemas de la comunidad, en el orden social, demográfico y sanitario, exige una permanente revisión de sus programas docentes y de la forma como ellos se deben transmitir a los estudiantes (1973:126).

Segundo Muñoz, há mais ou menos 15 anos várias escolas do Continente Americano iniciaram um novo modelo para o ensino de medicina preventiva, que poderia chamar-se inovador, pois, segundo o autor:

1. Delimita cuatro grandes áreas de conocimiento, a saber: estadística, epidemiología, organización y administración sanitaria, y ciencias sociales.
2. La enseñanza se imparte a largo de la carrera médica, frecuentemente en forma gradual desde el primero hasta el último año de estudios, y con una intensidad que en algunas escuelas el 10 o el 15% de total de horas de currículum.
3. Se da énfasis a la enseñanza extramural, mediante experiencias en centros de salud o consultorios periféricos en los cuales alumnos tienen la oportunidad de aplicar los conocimientos clínicos y preventivos fundamentales, así como estudiar la distribución de la enfermedad en la comunidad y conocer el funcionamiento de los servicios de salud. En varias escuelas de medicina se les asignan a los alumnos familias en barrios o localidades urbanas, con el fin de investigar problemas de tipo médicosocial y ecológico (1973:128).

O autor conclui que os modelos de ensino não podem ser fechados, precisam adaptar-se à cultura de cada país. Portanto, é indispensável que cada escola elabore e experimente seu próprio modelo, delimitando a melhor estratégia para seu desenvolvimento. Além disto, o programa deve oferecer o maior número possível de atividades práticas.

Em 1974, ocorreu a Segunda reunião do Comitê de Programas de Livros de Textos da OPAS/OMS para o ensino de Medicina Preventiva e Social, nas escolas de Medicina da América Latina, realizado em Washington, entre os dias 5 e 13 de setembro. Segundo o informe técnico da referida reunião:

El Comité consideró necesario que en vez de agregar nuevas contenidos al campo imprecisamente delimitado de la medicina preventiva, sería preferible la delimitación de este campo dentro de una perspectiva más realista de las posibilidades de enseñanza de la medicina y de las limitaciones en su eficacia como determinante de la forma en que las prácticas de la atención médica y de la salud asumen en un momento determinado en cada formación social concreta.

Esta delimitación del campo, sería seguida por transformaciones cualitativas de los contenidos de los programas que se reflejarían en la estructuración de las actividades en el ámbito de las organizaciones de los departamentos (1976:43).

Além desta reunião, sucessivas reuniões na década de 70 irão colocar em discussão no Continente o papel da Medicina Preventiva.

Na Revista Educação Médica & Saúde, o artigo sobre o Primeiro Seminário Nacional sobre ensino de Medicina Preventiva nos programas acadêmicos de Medicina do Peru expõe que os temas do seminário realizado em Lima, de 27 de novembro a 1 de dezembro de 1974, foram os seguintes: Tema I. Concepto de medicina preventiva en la educacion medica; Tema II. Estructura Curricular; Tema IV. Recursos para la docencia.

Após a reflexão desses temas, concluiu-se que este ensino é parte importante para melhorar a docência e o campo da educação médica nas escolas de medicina do Peru.

A revista Educação Médica e Saúde publicou, em 1982, os resultados da pesquisa “La actitud de los estudiantes de medicina hacia las aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médico”, realizada pelo Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF. Segundo os autores:

El Comité de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en la America Látina, en su primer informe, hizo hincapié en el limitado interés de los estudiantes en esta área de la medicina. Esta declaración es congruente con las conclusiones de grupos similares y con los resultados de un estudio sobre diversas escuelas de medicina en América Latina. De lo anterior surgió el interés en el Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por investigar si la misma situación ocurría entre los estudiantes de esta facultade.(1982:118)

Concluiu-se que os estudantes reconhecem a importância dos aspectos da Medicina Preventiva, mas têm preferência pela prática de uma especialidade clínica. Não foi encontrada uma relação entre o padrão de aspirações profissionais e as atitudes dos alunos. Os pesquisadores consideram que isso pode indicar que as atitudes seriam determinadas pela influência global da sociedade, mas estes anseios são resultados determinados pela estrutura do mercado de trabalho e do modelo de prática médica vigente. Foi sugerida a realização de uma nova pesquisa com o mesmo grupo estudado, ao término de suas carreiras, para determinar o possível efeito do processo educativo sobre as mudanças em suas práticas profissionais.

O Professor e investigador J. Hector Guiterres Ávila, da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Autónoma do México (UNAM), conjuntamente com a Médica Pasante em Serviço Social, Elena Barilar Romero, publicou os resultados da pesquisa denominada “Cambios en las aspiraciones profesionales y en las actitudes de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médico”. Esta pesquisa é continuidade da anterior, com objetivo de conhecer as mudanças ocorridas; foram analisados, prospectivamente, as aspirações profissionais e as atitudes para com os aspectos preventivos e sociais do ensino e do exercício da medicina em um grupo de estudantes mexicanos.

A pesquisa calçou-se em uma amostra de 50% dos 2.513 alunos registrado no início da sua carreira, em 1976, num total de 1.635 que terminaram o curso, tendo como objetivo identificar as características sociodemográficas; aspiração profissional e atitudes sobre os aspectos preventivos e sociais da medicina.

Concluiu-se que, dentro dos padrões das aspirações da profissão médica, não ocorreram mudanças quanto à preferência pela especialização em comparação à prática da medicina geral; a tendência para a pesquisa e o exercício profissional privado diminuiu, mas não a intenção de trabalhar exclusivamente a serviço de uma instituição pública. Notou-se uma mudança e um aumento no reconhecimento da importância dos fatores sociais e uma diminuição da estima pelas disciplinas da saúde pública, e pela eficácia das ações de caráter preventivo; em relação a este indicador, nota-se que o processo educativo não insiste no fortalecimento de atitudes favoráveis à prevenção. Torna-se necessário um

estudo contínuo desses aspectos para futuros planejamentos e avaliação do processo educativo.

Os pesquisadores María Helena Jáen e Tirsis Quezada, da Universidade Central da Venezuela, Centro de Estudos e Desenvolvimentos de Caracas, publicaram, em 1986, o artigo “Ciencias Sociales, medicina preventiva y formacion medica”. Os autores apresentam um estudo baseado na análise da função dessas matérias e estudam principalmente a Escola de Medicina Luís Razetti, da Universidade Central da Venezuela. Os pesquisadores apresentam pontos importantes para a mudança de propostas pedagógicas no curso de medicina preventiva.

Concluíram os pesquisadores que o médico que segue os estudos do curso atual não está preparado para enfrentar as reais necessidades do seu país. O objetivo da educação médica é formar pessoal capaz de integrar-se com eficiência no funcionamento dos sistemas de saúde, realizar pesquisas e identificar problemas de saúde da comunidade, planejar políticas de saúde e formar pessoal docente com sensibilidade social, de maneira que o exercício da medicina seja coerente com as políticas de saúde do país. Apesar de discutir-se muito sobre o tema, pouco se fez na prática, devendo, assim, serem reformulados os currículos das faculdades de medicina, levando-se em conta a importância do curso de medicina preventiva e social para a satisfação das necessidades de seu país.

O último artigo sobre o ensino da medicina preventiva foi publicado em 1986: “Aspectos preventivos y sociales en la carrera de medicina”, redigido pelos pesquisadores Rodolfo Tapia Juayek, María Alejandra de la Garza W. e Ana María Carrillo Farga, da Universidade Nacional Autónoma do México (UNAM), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública e Unidade de Ciências Sociais do México.

Este artigo refere-se ao ensino de medicina, em especial à área de medicina preventiva e social, enfatizando as repercussões da dependência econômica e cultural do país sobre esse ensino. Chega-se à conclusão de que os planos de estudo de todas as escolas de medicina do país não dão a devida importância ao ensino de medicina preventiva e social.

Através desta investigação, pudemos constatar que, entre 1950 e 1959, apenas seis artigos foram publicados no Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana referentes ao ensino de Medicina Preventiva. Nessa época, os problemas de saúde das Américas eram abundantes, necessitando urgentemente de ampliação de serviços e do recrutamento de um maior número de trabalhadores capacitados. Para minimizar a falta de profissionais qualificados nos países Americanos, a oficina organizou seminários, ampliando os cursos e oficinas especiais para qualificação. A OPAS proporcionou materiais, docentes e assessores para a organização de programas de estudo em saúde pública - um centro de informação em Educação Médica, estabelecido em Washington, facilitando o intercâmbio entre 12 grupos importantes que trabalhavam para fortalecer a educação médica nas Américas. Com o patrocínio da Nações Unidas, a Oficina e o Governo Chileno estabeleceram em Santiago um centro regional para capacitar especialistas em estatística voltada para a saúde: e a Oficina financiou bolsas de estudo para formação de novos professores. Os cursos foram direcionados para o controle de insetos, operação e instalação de águas, educação sanitária e diagnóstico de tuberculose, doenças venéreas e um programa para o controle da febre aftosa. A Oficina estabeleceu normas básicas para a formação de enfermeiros, e ajudou os governos a capacitar enfermeiras diplomadas e um crescente número de auxiliares de enfermagem.

De 1960 a 1969, encontramos quatro artigos, sendo dois publicados no Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana e dois na Educacion Medica y Salud. De 1970 a 1979, quatro artigos, todos publicados na Educacion Medica y Salud. Em apoio ao desenvolvimento de recursos humanos, a Organização Pan-Americana de Saúde promoveu, neste período, o ensino de enfermagem, atenção médica, proteção e promoção em saúde, aumentando substancialmente o número de bolsas de estudo; fortalecendo a Medicina Preventiva e a Educação Médica; realizando projetos para melhorar as normas da Educação Médica e patrocinando o estudo de 130 faculdade de medicina na América Central e do Sul.

A OPAS, preocupada com o processo de ensino e a real situação do graduando de medicina, patrocinou, em 15 países, “Laboratórios de relações humanas no ensino de medicina”, com o propósito de melhorar os métodos de ensino com base nos problemas de saúde e das relações sociais.

Por intermédio do Programa de Livros e Textos da OPAS, colocou-se à disposição dos alunos e professores de saúde inúmeros textos clínicos em espanhol e em português, com preços muito mais acessíveis. A força da produção científica sobre o ensino médico foi tão expressiva que a OPAS elaborou uma revista especializada em ensino médico (*Educación Médica y Salud*), tendo intensa atividade durante 30 anos (1967-1997). No ano de 1972, publicou-se a célebre obra de Juan César García, *La educación médica en la América Latina*. Em virtude de tantas publicações, em 1967 criou-se, na cidade de São Paulo, a Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde, criando a rede panamericana de informações biomédicas e sociais, a qual incorporou o MEDLINE, uma base de informações de resumos científicos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.

A revisão desta série de documentos mostra que a presença do tema “Medicina Preventiva” estende-se de forma mais freqüente até a metade dos anos 80, tendo apenas quatro artigos publicados nesta década. Sem dúvida, há, a partir desse momento, uma mudança de proposta e isto irá revelar-se nas formulações de um novo projeto, que amplia o espectro de possibilidades que se tornaram necessárias frente às condições de saúde e dos serviços de saúde na América Latina. A proposta da Promoção em Saúde torna-se, a partir de então, o novo desafio para os pesquisadores, que precisam refletir sobre as questões emergentes das condições de saúde da população.

Com a apresentação dos documentos levantados em campo, notamos um enfraquecimento das publicações tanto sobre a educação médica voltada para o ensino da medicina preventiva, como para as pesquisas e investimentos sobre este tema. Os congressos e seminários internacionais sobre o ensino de medicina preventiva diminuíram bruscamente depois do último encontro do comitê de livros e textos da OPAS em 1974.

De acordo com nosso levantamento, o último artigo sobre medicina preventiva foi publicado em 1986, ou seja, estamos há 14 anos (1950-2000) sem a publicação de um artigo sobre o ensino de medicina preventiva nas revistas da OPAS . Evidencia-se claramente uma fragilidade nas pesquisas sobre o tema durante as últimas duas décadas; tema este que vários pesquisadores consideraram extremamente importante para a

formação médica. O fim da revista *Educación Médica y Salud* e *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* torna-se um indicador para ilustrar o que não está sendo priorizado nesta atual conjuntura; as pesquisas sobre o ensino de medicina preventiva secundarizou-se no decorrer destas últimas duas décadas. De 1997 a 2000, não foi publicado nenhum artigo sobre ensino de medicina preventiva na atual revista da OPAS (Revista Panamericana de Salud Pública).

Dos 19 artigos apresentados, podemos considerar que todos têm um ponto em comum, a importância do ensino de medicina preventiva na formação do estudante do curso médico. Esses artigos não foram apenas elaborados por cientistas sociais, mas também por muitos médicos preventivistas. Atualmente discute-se, em todo o mundo, novas propostas pedagógicas sobre o ensino de medicina, principalmente na América Latina e no Brasil, com mudanças das grades curriculares de várias escolas de medicina.

Evidente, o que foi construído pela OPAS no decorrer desta exposição não se perdeu, apenas deixou de ser o foco mais intenso na formação dos futuros médicos do continente americano. Torna-se, então, necessária, uma reformulação nos investimentos em seminários, publicações científicas e, principalmente, na educação médica de cada país Latino Americano pela instituição de saúde mais importante do continente.



*CONSIDERAÇÕES
FINAIS*

A prevenção e uma nova perspectiva

Ao término deste trabalho, algumas considerações finais fazem-se necessárias. Estas considerações abarcam dois aspectos que são fundamentais quando concluímos, ou, pelo menos, damos fecho ao trabalho que nos propusemos fazer: aqueles que se referem às questões teórico-metodológicas e aqueles que dizem respeito aos conteúdos.

Em relação ao primeiro ponto, cumpre lembrar que a nossa proposta assentou-se na pretensão de traçar aspectos gerais e específicos da história social da prevenção quando vista pelo prisma mais amplo – como ela se desenvolve ao longo da história da humanidade - e quando ela é apropriada institucionalmente, no caso por uma organização internacional – a Organização Pan-Americana da Saúde. Em ambos os casos, procuramos trabalhar com trajetórias históricas, como diria Fernand Braudel, de longa e média duração, numa situação que permitisse estabelecer um panorama mais amplo e outro mais específico. Para tal, procuramos nos acerrar de uma metodologia que possibilitasse ler documentos primários e secundários, a fim de analisar as formações discursivas nos planos acima delineados. Sem dúvida, a complexa metodologia denominada “história arqueológica”, de autoria de Michel Foucault, não foi utilizada em toda a sua extensão, mas serviu como recurso dos mais importantes para este trabalho. Como é do conhecimento geral, a metodologia foucauldiana, que se inaugura com textos que se tornariam clássicos do pensamento filosófico e histórico (*A História da Loucura*, *O Nascimento da Clínica* e *as Palavras e as Coisas*), seguidos pelo texto de carácter metodológico (*A Arqueologia do Saber*), a partir dos anos 60, iria fornecer as bases para os estudos dos discursos na perspectiva arqueológica. Abordagem que teve para a área da medicina e saúde uma repercussão que se estende até os dias atuais em inúmeras publicações. No Brasil, desde a década de 70, o sempre citado trabalho de Sérgio Arouca, de 1975, irá ser um ponto de partida para a análise das práticas médicas na vertente trazida pelo filósofo francês, ao analisar a formação discursiva que toma como centralidade a medicina preventiva. Outros trabalhos, citados em nossa dissertação (Machado e colaboradores, 1978; Lacaz, 1996; Botazzo, 1998), serão produzidos nessa corrente de pensamento, visando desvendar as mais diversas formações discursivas: a que se estabelece sob a denominação de medicina social, a que trabalha o discurso da saúde do trabalhador e a que trata da arte dentária. Sabemos, como dissemos anteriormente, da complexidade desta metodologia e a nossa aproximação

não foi tentar um completo aproveitamento desse arcabouço metodológico, mas tê-lo como um pano de fundo que nos iluminasse na análise dos documentos que trabalharam a questão da prevenção no interior de uma instituição. Sem dúvida, este caminhar, talvez incompleto, somente foi possível quando percebemos, como nos ensina Foucault, que para nos acercarmos de qualquer objeto de discurso é necessário que entendamos aquilo que constitui a sua base – o documento. Nesse sentido, a questão colocada por Foucault (2000:7) não diz respeito “...nem tanto de interpretá-lo, nem tanto determinar se ele diz a verdade e qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela [a história] o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, delimita elementos, define unidades, descreve relações”. Esta foi a nossa proposta e o empenho em trazer à tona, dentro de um período histórico que cobre cinco décadas, parte da documentação que a OPAS elaborou. Esclarecemos que não utilizamos a totalidade dos documentos elaborados pela Organização, tarefa que seria praticamente impossível para um único pesquisador, mas o que estava presente em três publicações que são fundamentais para se entender o tema proposto por este trabalho – a prevenção -, quando expostas nos Boletins e em dois periódicos, um que tratou durante muitos anos das questões da educação e, o atual que publica textos gerais sobre a saúde, doença e práticas em saúde.

Em resumo, esta investigação procurou aproximar-se da metodologia arqueológica com a preocupação de descrever e analisar a prática discursiva do conceito de prevenção, principalmente a partir da sua institucionalização a partir dos anos 50.

Ao tentarmos desvendar a formação discursiva da prevenção nos limites desta investigação, situamos os nossos achados em dois momentos: o conceito de prevenção e a práticas pedagógicas que sobre ele se estabelecem. Mesmo em relação a estes dois aspectos, fixamos um outro recorte – o de tratar somente do discurso instituído pela medicina, não abordando a questão quando vista pela odontologia e enfermagem, e apenas quando relacionada às práticas pedagógicas no campo da educação médica.

Como dissemos acima, a especificação deste objeto e o recorte assumido neste trabalho somente foram possíveis após uma incursão ampliada sobre a questão da prevenção e da sua importância a partir de um visão histórica. Mesmo não trabalhando detalhadamente, verificamos que a prevenção pode ser vista tanto em sua dimensão

coletiva, como para a sobrevivência individual. Nesses dois sentidos, a prevenção faz parte da história da humanidade desde os seus primórdios e se dilui nas práticas dos grupos sociais e das famílias, quer seja realizando um projeto religioso, quer seja de higienização, quer seja como médico-científico, quer seja como proposta de busca de melhor qualidade de vida, integrando formulações teóricas e práticas que se estendem em epidemiológicas, sociais, políticas e culturais.

Não vamos retomar, nestas conclusões, os percursos da história da prevenção, já trabalhadas neste texto, mas, ao recuperar este ponto, salientar que essas práticas, por serem histórico-sociais sofreram ao longo do tempo as mudanças de concepção e estiveram fortemente influenciadas pelas transformações econômicas e políticas e da própria organização dos sistemas médicos e de saúde. Será nesse sentido, que ao ampliar-se e estender-se, a prevenção vai ser parte de um projeto mais amplo, a promoção da saúde, na qual se incluem a proteção, a recuperação e a educação para a saúde.

Um ponto que nos parece importante de salientar é que, visto historicamente, o conceito de prevenção pode ser apreendido sob múltiplos aspectos e no momento em que a sua abrangência é problematizada frente a uma perspectiva holística da saúde a promoção torna-se um conceito central, e a multiplicidade de aspectos deste campo será diferente daquele anterior e a prevenção passa a ser um aspecto deste conjunto. Sem dúvida, a prevenção não ignorou ao longo do tempo que muitas eram as suas faces, mas estas eram tomadas, na maioria dos casos, de forma pontual e assentadas no plano das doenças e mesmo a promoção não será ignorada no plano da prevenção – ela figura como parte da prevenção primária no conhecido modelo da história natural da doença. É com a perspectiva que redefine a saúde que irá se recolocar a problemática de uma visão que, como é expresso pela Carta de Otawa, de 1986, toma a promoção da saúde como um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a capacidade de controlar os fatores que a determinam e melhorem a sua qualidade de vida. Ao substituir o conceito de higiene e ao sobrepor-se parcialmente ao de prevenção, a promoção irá redefinir, como dizem alguns estudiosos, as atribuições de responsabilidades pela saúde, a seleção dos alvos de intervenção para maximizar a saúde e a ética da saúde.

Chegamos, então, a um momento em que temos que repensar a prevenção a partir de um novo foco, reavaliando o ambiente que criamos para nós mesmos. Nesse sentido, o conceito é válido, mas merece mais precisão, atenção e aplicação. Assim, num período mais recente, o conceito, além de dar atenção à tecnologia médica, passa a valorizar as condições sociais.

Não podemos negar que o modelo da História Natural da Doença foi de extrema importância para uma reflexão que avançava além do modelo unicausal biomédico. Mas foi necessário ampliar muito mais o foco de atenção, da multicausalidade para a determinação social da doença, pois, como nos adverte Foucault, “ ... a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” . A partir deste reconhecimento cultural é que se torna possível pensar e acreditar em um trabalho com a prevenção de forma menos específica e mais integrada.

De outro lado, foi a partir das transformações ocorridas com o perfil epidemiológico e com um quadro no qual as doenças crônicas degenerativas tornam-se presentes, associado a uma morbi-mortalidade onde acidentes de trabalho e de trânsito, assim como de violências, especialmente homicídios, são as constantes, que as formas de entender e explicitar os processos mórbidos teve que sofrer modificações. Nesse sentido, a proposta de Lalonde, de 1974, significará expressivo avanço para se pensar um modelo no qual se articulem os quatro pólos constituídos pela biologia humana, ambiente, estilos de vida e sistemas de saúde.

Como apontado pelos estudiosos, pensar, hoje, a prevenção é pensar não somente em ações específicas sobre problemas de saúde, identificados, descritos e analisados como risco, danos ou agravos, mas, além disso, trabalhar as diversas dimensões que situam o homem em seu contexto, atentando para o fato de que a sua vida se insere em planos que se desdobram do local ao global, do micro ao macro, da razão à subjetividade. Mais ainda, que promoção/prevenção não se situam fora das contradições e dos conflitos gerados por situações cada vez mais desiguais e iníquas.

Com a preocupação de melhorar a qualidade de vida dos países mais pobres, o Banco Mundial elabora um discurso social de combate à pobreza que se apresenta claramente como marketing político. Por exemplo, o plano de empréstimo para o Brasil entre 2000 e 2002 mostra-nos que, do financiamento proposto de U\$ 6,5 bilhões, mais da

metade destina-se ao ajuste fiscal. O Banco Mundial oferece ao governo brasileiro e aos países da América Latina financiamentos supostamente condicionados a manter o orçamento dos serviços sociais, mas também permite seu uso para pagamento da dívida e controle do câmbio, e não prevê maneiras de garantir que as condições sociais sejam melhoradas. Na prática, notamos que isso não está acontecendo; o orçamento social de 1999 foi drasticamente cortado e muito pouco do de 2000 foi concretizado, ou seja, o que vemos neste tipo de política é o aumento do endividamento dos países latino americanos, e o crescimento da massa de desigualdade que dizem combater (Costa, 2000).

As desigualdades são tão visíveis que novas pandemias, como a AIDS, se instalam, velhas epidemias, supostamente extintas, fazem seu retorno triunfal; inúmeras crianças morrem por falta de saneamento básico, principalmente em países em desenvolvimento, como os da América Latina.

Socializar e informar o conhecimento sobre prevenção de riscos e sobre estratégias e práticas de promoção da saúde e melhorias da qualidade de vida vêm se constituindo como a nova estratégia para a formação de novos sujeitos das práticas de saúde, não se limitando ao poder do Estado, das empresas médicas e das organizações comunitárias. Tal estratégia envolve a necessidade de aderir às tendências globais em torno da redefinição das relações de rede, não mais incrustadas em ideologias sociais abrangentes, porém reunindo grupos de várias “tribos” em torno de problemáticas comuns. Atualmente, estamos vivenciando a formação de redes comunicacionais conectando diversos grupos sociais heterogêneos de diversas partes do planeta, que praticam modos de vida comuns e buscam soluções específicas para uma melhor qualidade de vida.

Como vimos, o conceito de promoção não se limita ao processo da doença. Tentamos compreender a construção do conceito de prevenção e de como ele foi incorporado às práticas pedagógicas por meio da educação formal médica. Não nos dedicamos a verificar a prática em outros planos educacionais formais e informais. Não constituía nosso objeto de trabalho, mas não podemos encerrar estas considerações sem lembrar que uma forma básica e fundamental para que se possa tentar avançar, em qualquer plano – público ou privado, acadêmico ou profissional – é a do diálogo, tão necessário nas práticas sanitárias, em especial as de promoção da saúde, como mostra José Ricardo Ayres, quando nos alerta para o fato de que:

Esse modo de ver a questão nos leva a rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre nós, sanitaristas, de buscar, em nossas mais generosas formulações, diga-se, **estabelecer um diálogo** com os indivíduos ou populações em favor dos quais queremos dispor nossos talentos e competências profissionais. Desconforto porque, como vimos, não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-sanitarista e sujeito-população um vazio (não aquele com que sonha a pomba). É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde - que dessa forma se torna algo que só pode mesmo ser muito misterioso e inefável.

Mantida essa versão individualista e existencialmente autônoma dos sujeitos envolvidos em nossas práticas sanitárias, o antigo e acalentado ideal de um conceito positivo de saúde e, em decorrência, das atualíssimas e fundamentais propostas de promoção da saúde, nunca deixarão de ser ideologias. Simpáticas, generosas, promissoras, mas ainda assim ideologias, no sentido de uma idéia que nos mantém parados, que nos mantém os mesmos em sua aparência de movimento e transformação (Ayres,2000:4).

Prevenir é praticar cidadania, é sair da condição de indivíduo para sujeito, é incorporar uma cultura de saúde e não de doença, prevenir é dialogar, harmonizar-se com seu semelhante. Apesar de todas essas dificuldades históricas e sociais que vivemos no início do terceiro milênio, é possível reverter tal situação; temos a multiplicação de organizações não governamentais, o chamado “terceiro setor”, espaço de contração de novas cidadanias. E um novo modo de pensar a qualidade e estilo de vida, como afirma Teixeira (2000), pode ser uma das características do futuro da prevenção de problemas e de atendimento a necessidade sociais de saúde, consagrando-se a heterogeneidade e a diferença, em uma perspectiva radicalmente distinta da que marcou a luta pelo direito à saúde e ao bem-estar social do século XX.

Esta investigação apenas clareou mais nosso pensamento sobre uma temática que vem sendo estudada desde Henry Sigerist, passou por Leavell e Clark, é retomada nos anos 70 e chega modificada nos anos 80 e 90, com a proposta da promoção da saúde. As publicações dos periódicos da OPAS comprovaram o enfraquecimento do conceito de prevenção, principalmente a partir de meados dos anos de 1970, e, conseqüentemente a falta de investimento em seminários sobre o ensino da medicina preventiva, mas abrindo-se para integrar a interdisciplinaridade e a multiprofissionalização na formação de recursos humanos para enfrentar os problemas de organização das práticas sanitárias visando atuar sobre as precárias condições de saúde e as modificações no perfil epidemiológico dos países latino-americanos.

Não chegamos a estabelecer os embates prevenção versus promoção, mas não podemos deixar de levantar esta questão, muito bem exposta por Teixeira, quando escreve:

Desse modo, o futuro poderá ser o cenário em que se desenvolverão processos distintos: de um lado, a “mercantilização” da prevenção, com penetração da lógica da produção, distribuição e consumo de mercadorias no campo específico da prevenção de riscos e agravos à saúde de indivíduos e grupos; de outro, o esforço coletivo pela “socialização” da promoção, com a formação de novos sujeitos políticos coletivos, que se mobilizem pela transformação das condições e dos modos de vida dos diversos grupos populacionais. A indeterminação, espaço de múltiplos possíveis, permanece entretanto como a marca da contemporaneidade, exigir o conhecimento e a intervenção no tempo presente, tempo de exploração e construção de futuros (2000:106).

O que vivemos atualmente é uma luta pela qualidade do meio em que habitamos, através da ampliação do campo da saúde e dos direitos humanos. Não podemos mais nos calar diante de tanto autoritarismo e desigualdade na saúde da população mundial e, especialmente, da população latino-americana. Não é mais suportável manter a subordinação às políticas sociais vinculadas à lógica do liberalismo econômico e antidemocrático e avessa à participação popular.



*REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

- ALMEIDA, F. N. & ROUQUA YROL, M. Z. Introdução a epidemiologia moderna. Rio de Janeiro: APCE Produtos do conhecimento -ABRASCO, 1990.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito Intersubjetividade e Prevenção: Um ensaio Filosófico. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: 2000.
- AYRES, J. R. C. M. Objeto da Epidemiologia e nós. Physis – Revista de Saúde Pública, Revista de Saúde Coletiva, 3(1):55-76. 1993.
- AROUCA, A: S. S, O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP,1975.
- AROUCA, A. S. S & MARQUEZ, M. ta arqueologia de Ia medicina. Educación Médica y Salud. 8 (4). Washington: OPAS, 1974.
- ARUA, A. Quando o Dr. Avicena Receitava. O Correio da Unesco. Avicena. 12(18-19). Rio de Janeiro:1973.
- ASIMOV, M.S. Avicena, Genio Universal. O Correio da Unesco. Avicena. 12 (4-8). Rio de Janeiro: 1973.
- AZEVEDO, I.B. A destruição como sonho.In: Mariguela, M (Org). Foucault e a destruição das evidências. São Paulo: Unimep, 1995.
- BERLINGUER, G. A doença. São Paulo: H ucitec/Cebes , 1988.
- BERNAL, J.D. Historia social de Ia ciência. Barcelona: Península, 1973.
- Bíblia Sagrada. Velho e Novo Testamento. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica Brasileira do Brasi, 1969.
- CASTIGLIONE, A. História da Medicina. São Paulo: Nacional, 1947.
- CAPRA, F, O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.
- COSTA, A. L. M. C. Banco Mundial e irreverência global.
<http://sites.uol.com.br/antonioluizcosta/index.htm>.
- DEVER, G. E. A. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988.

- DICIONARIO de Ciências Sociais! Fundação Getulio Vargas. In: Antônio Garcia de Miranda Netto (Org).Rio de Janeiro: FGV,1987.
- DOUGLAS, M. Pureza e Perigo. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- ENTRALGO, P.L. ta relación médico-enfermo. Madri: Alianza, 1983.
- ERIBON, D. Michel Foucault. 1926-1984. Tradução de Hildegard Fiest. São Paulo:Campanhia das Letras, 1990.
- DORNAS. J. Capítulos da sociologia brasileira. Rio de Janeiro: Organização Simões, 1955.
- FERREIRA, Entre a Nonna Institucional e a Ação Coletiva: Uma arqueologia da participação popular em saúde. Tese de doutorado. Campinas: Unicamp,1992.
- FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. Petrópolis: Vozes, 2000.
- FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- FOUCAULT, M. As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Marfin Fontes, 1990.
- GARCÍA, J, C. Aspectos psicologicos, sociales y culturales de las enfermedades venereas. Boletim de la oficina Sanitaria Panamericana. 70 (79-94).Washington: OPAS, 1971.
- GALLO, S. O conceito de episteme e sua arqueologia em Foucault. In:Mariguella, M (Org). Foucault e a destruição das evidências. São Paulo:Unimep, 1995.
- HEGENBERG, L. Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- HILLEBOE, H.E & LARIMORE, G.W. Medicina Preventiva.México:Interamericana,1966.
- IBANEZ, N & MARSIGLIA. R. Medicina e Saúde: Um enfoque histórico. In:CANESQUI, A, M (Org). Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico.São Paulo: Hucitec, 2000.
- KLOETZEL, K. O que é medicina preventiva. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- LACAZ, F. A. de C. Saúde dos trabalhadores: Um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese de doutorada. FCM/Unicamp. Campinas, 1996.
- LEWIS, H.S. A vida mística de Jesus. Rio de Janeiro: Rebes, 1979.

- LEAVELL, H. R & CLARK, E. G. Medicina Preventiva. Rio de Janeiro: Fename,1976.
- LESER, W.; BARBOSA, V.; BARUZZI, R.G.; RIBEIRO, M.B.B. & FRANCO, L.J. Elementos de epidemiologia geral. São Paulo: Atheneu, 1988.
- LOPES, J. D. Perspectivas sócio-históricas na saúde: concepções sobre a prevenção. 20 congresso de ciências sociais aplicados à saúde. São Paulo:1999.
- MANN,J, TARANTOLA.D.J.M, NETTER. W.N.: A ADIS no mundo. Rio de Janeiro:Relume Dumará, 1993.
- MACHADO, R. Ciência e Poder.. a trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- NUNES, E, D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A, M. (org) Ciências Sociais e Saúde para Ensino Médico. São Paulo: Hicitec, 2000.
- NUNES, E,O. Pequeno guia/vocabulário para a utilização da história arqueológica como instrumento de pesquisa qualitativa. Interface -Comunicação, Saúde,Educação. 6 (10): 125-134,2002.
- PAULA, E. S. Revista de História. As origens da medicina. A medicina no antigo Egito.25 (5). São Paulo: Revista de História, 1962.
- Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: luiz Eduardo Fonseca -Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- PAIM, J.S. La salud colectiva e Ias desafios de Ia práctica. Publicación Científica. 540 (151-167). Washington: OPAS, 1992.
- QUADRA, A,F,A .Viver é resistir -A História Natural da Doença. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- RIBEIRO, R.J. Hobbes: O medo e a esperança. Weffort. F.C (Org). Os Clássicos da Política. São Paulo: Ática, 1991.
- ROUSSEOU, J.J. Do Contrato Social. Coleção Os Pensadores. Porto Alegre: Viciar Civita, 1973.
- ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec/Abrasco/Unesp, 1994.

- SENAS. Diccionario para Ia ensenanza de Ia lengua espanola para brasilenos. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- SEVCENKO,N. A revolta da vacina. São Paulo: Scipione, 1993.
- SCLIAR, M. Do mágico ao social. A trajetória da Saúde Pública. Porto Alegre: L&PM Editores SI A, 1987.
- SOCIEDADE BIBLÍCA BRASILEIRA. A Bíblia Sagrada. Rio de Janeiro, 1969.
- SOARES, M.C.C. As ongs e o Banco Mundial. Revista Democrecia, N. 113 (27-29), out/nov. 1995
- TEIXEIRA. C.F. O futuro da prevenção. Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- TELLAROLI,J,R. Medicina Preventiva e Saúde Pública. In: Kusptas, M (org) Saúde em Debate. São Paulo: Editora Moderna, 1994.
- THORWALD, J. O século do cirurgião. Rio de Janeiro: Ypiranga, 1959.
- VIEIRA, F .B, Introdução ao estudo da epidemiologia. São Paulo:Médico social Ltda,1944.
- VIGARELLO, G. O limpo e o Sujo: A higiene do corpo na idade média. Lisboa: Fragmentos, 1985.



ANEXOS

Documentos - OPAS

ADRIASOLA, G.; OLIVARES, C.; COLLER, C. D. – Prevención de accidentes del tránsito. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. 72(1-18). Janeiro. 1972.

AGGLETON, P. MAZÍN, R. –Ya se dispone de antirretrovíricos contra el VIH y el sida: Es necesario ahora la prevención?. Revista Panamericana de la Salud Pública. 7(3):197-204. 2000.

AHUMADA, J.; GUZMÁN, A. A.; DURÁN, H.; PIZZI, M.; SARUÉ, E.; TESTA, M.- Problemas conceituales y metodologicos de la programacion de la salud. Publicaciones Cientificas. N.11. OPAS. 1965.

ALTHABE, F.; CARROLI, G.; LEDE, R.; BELIZÁN, J.M.; ALTHABE, O.H –El parto pretérmino:detección de riesgos y tratamientos preventivos. Revista Panamericana de la Salud Pública. 5(6): 373-383. 1999.

ARBONA, G.- Enseñanza de medicina preventiva y salud pública en le escuela de medicina de la universidade de Puerto Rico. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 39(185-186). Agosto. 1955.

AMOR, J.S.; GARCÍA, M.L.G.; TORIX, J.L.D.; GÓMEZ, J.L.V. –Prevención de la transmisión sanguínea del VIH. La experiencia mexicana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 105(605-14). Novembro & Dezembro. 1988.

ACUÑA, R.H.- Enseñanza de la medicina preventiva y social. Publicación Científica. N. 324. 1976.

ACUÑA, B.H. –Aspectos clínicos y docentes de la odontología preventiva. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana., 102(495-500). Maio.1987.

ARROYAVE, L.; TEJADA, C.- Epidemiologia y prevención proteica severa en la america latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana., 42(317-27). Abril. 1957.

A TRAVÉS DE LOS AÑOS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 113 (381-428). Dezembro. 1992.

AVILA, J.H.G.; ROMERO, E.B.- Cambios en las aspiraciones profesionales y en las actitudes de los estudiantes de medicina hacia llos aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médicos. Educación Médica y Salud. 19(386-03). N. 4. 1985.

BESSER, R.E.; ROJAS, B.M.; ANGULO, O.C.; VENERO, L.G.; León, P.M.; PAJARES, M.R.; SEVILLA, W.S.; CARRASCO, J.L.S.; HIGHSMITH, A.K.; TAUXE, R.V. – Prevención de la transmisión del cólera: evolución rápida de la calidad del agua municipal en Trujillo, Perú. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana., 119(189-94). Setembro.1995.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.-Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o sida en América Latina y el Caribe (Informe especial). OPAS. 121(377-415). Noviembre. 1996.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.-Posibles intervenciones para prevenir la neumonía infantil en los países en desarrollo: metanálisis de datos de ensayos sobre el terreno para evaluar los efectos de los suplementos de vitamina A en la morbilidad y la mortalidad por neumonía. Grupo de trabajo sobre vitamina A y Neumonía. OPAS. 121 (25-40) Julho. 1996.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.-Investigaciones sobre las prácticas mejoradas de lactancia para prevenir la diarrea o reducir su gravedad. OPAS. 110(499-50). Junho. 1991.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.-LA vacuna BCG y la preparada con BRC para la prevención de la tuberculosis en los adolescentes y adultos jóvenes-Cuarto informe presentado al Consejo de Investigaciones Médicas por su Comité de Pruebas Clínicas de Vacunas Antituberculosas. OPAS. 73:531-532. Dezembro. 1972.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.-Las vacunas BCG y BRC en la prevención de la tuberculosis en los adolescentes y adultos jóvenes. OPAS. 139-150. Agosto. 1964.

CARBAJAL, E.G.; HECTOR, G.A, GARZA, J.A., MEDRANO, J.G.- La actitud de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médico. Educación Médica y Salud. 16(118-33). N. 2. 1982.

CÁRDENAS, E.D.; VERSIN, M.T.D. –Chile: programa de prevención primaria del alcoholismo en la comunidad escolar. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 90(95-04). Fevereiro. 1981.

CHAVES, M.M.- LA enseñanza de los aspectos preventivos, sanitarios y sociales de la odontología en cursos de formación profesional. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 48(187-07). março. 1960.

DEARING, W.P.- Nueva orientación en la enseñanza de la medicina preventiva. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana., 37(446-54). Outubro, 1954.

EASTMAN, A. C.; GUERRERO,R. -Vigilancia epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades. Revista Panamericana de Salud Pública. 5(4/5):322-331. 1999.

FAAS,L.; ACOSTA, A. R.; PÉREZ, G.E. - HIV/STD transmission in gold-mining areas of Bolívar States, Venezuela: Interventions for diagnosis, treatment, and prevention. Revista Panamericana de Salud Pública.5(1):58-65. 1999.

FELTON, J.S.; KATZ, A. H.- Temas que se repiten en la enseñanza de la medicina preventiva. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 59(52-05). Julho. 1965.

FIELD, J.W. -EL papel de las drogas en la prevención del paludismo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 39(163-74). Agosto. 1955.

FLORENZANO, R. -Al coholismo y abuso de otras dorgas: programa de prevención en Santiago, Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 107(577-89). Dezembro. 1989.

GABALDON, A. -Problemas de medicina preventiva en los trópicos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.53(191-213). setembro. 1962.

GARCIA, J.C. -La educación en la américa latina. Publicação Científica N. 255. 1972.

GRZEGORZEWSKI, E.- La medicina preventiva en el plan de estudios médicos universitarios. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 37(641-53). Novembro. 1954.

GONZALEZ, C.L.; VIDAL, E.L.; SIERRA, C.A.; COLMENARE, ROJAS, F.A.-LA enseñanza de la medicina preventiva y social en la escuela de medicina jose vargas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 53(209-15). Março. 1965.

GUBLER, D.J.; VALEZ. A. C. -Programa de prevención del dengue epidémico y el dengue hemorrágico en Puerto Rico y las islas virgenes estadounidenses. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. 113(109-120). Agosto.1992.

INVESTIGACIONES SOBRE las prácticas mejoradas de lactancia para prevenir la diarrea o reducir su gravedad. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. 110(499-508). Junho. 1991.

JARAMILLO, P.L.; FELIX, M. –Uso de calcio en la prevención de la hipertensión inducida por el embarazo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 110(126-135). Fevereiro.1991.

JUAYER, R.T.; GARZA, M.A; FARGA, A.M.C- Aspectos preventivos e sociales en la carrera de medicina, mexico. Educación Médica y Salud. 20(203-15). N. 2. 1986.

JAÉN, M.H.; QUEZADA, T. –Ciencias sociales, medicina preventiva y formación médica, venezuela. Educación Médica y Salud. 20(160-79). N. 2. 1986.

KUPFER, C.; ELLWEIN,L.B. –Aspectos estratégicos de la prevención de la ceguera por cataratas en países en desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 120(491-04). Julho.1996.

LA VACUNAS BCG y BRC en la prevención de la tuberculosis en los adolescentes y adultos jóvenes. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 139-150. Agosto. 1964.

LA VACUNAS BCG y la preparada com BRC para la prevención de la tuberculosis en los adolescentes y adultos jóvenes – Cuarto Informe presentado al Consejo de Investigaciones Médicas por su Comité de Pruebas Clínicas de Vacanas Antituberculosas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 73(531-552). Dezembro. 1972.

LIMA, B.R. –Intervenções preventivas e registros triaxial dos problemas de saúde no atendimento primário. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.102 (32-47). Fevereiro. 1987.

LORD, D.R. –Estratégia ecológicas para la prevención y el control de problemas de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 94(327-348). Abril.1983.

LOZANO, R.V. –Actividades de los servicios de higiene maternoinfantil en la prevención de la sífilis congénita en méxico. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 48(36-40). Janeiro. 1960.

McALISTER, A. L.; VÉLEZ, L.F. –Behavioral sciences concepts in researsh on the prevention of violence. Revista Panamericana de la Salud Publica., 5(4/5)316-321. 1999.

MÉNDEZ, R.L. –Eficacia del enriquecimiento de la sal con preparados de yodo, como medio de prevención del bocio endémico. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 61(1-27). Julho. 1966.

MOREIRA, E.C.; BARBOSA, M.; REIS,R.; PEIXOTO.P.P. –Inmunización preventiva contra la rabia humana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 72(110-116). Agosto. 1972.

MOLINA, G.- La medicina preventiva en la educación médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.36(442-53). Abril, 1954.

MARTIN, H.S.;MERINO,R.; PEÑA,J.- LA enseñanza de la medicina preventiva y social en concepción. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 52(16-25). Julho. 1964.

MUÑOZ, E.- Modelos utilizados en la enseñanza de la medicina preventiva y social. Educación Médica y Salud.,7:125:34. N. 2. 1973.

MUÑOZ, G.S.; MIRANDA, C.E. – Algunas medidas de prevención de las diarreas infantiles y su tratamiento en el estado de sonora. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 39(449-52). novembro. 1960.

MUÑOZ, N.; BOCH, X. –Relación causal entre virus del papiloma humana y cancer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 121(551-66). Dezembro. 1996.

MOLINA, G. Evaluación de la enseñanza de la medicina preventiva y social integrada en las clínicas. Educación Médica y Salud. 1(67-81). N. 2. 1967.

MORA, J.O.; DARCY, O. Deficiencia de vitamina A y acciones para su prevención y control en América latina y el caribe. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 117(519-528). Dezembro.1994.

NUNES, E.V. –As Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. In: Everardo D, N (Org) .- Brasília: OPAS, 1985.

NUNES, E.V. –Henry Sigerist – pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. Educación Médica y Salud, vol. 26, n. 1(70-81). 1992.

PATWARDHAN, V.N. –Consideraciones gerais sobre la prevención de la malnutrición. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana., 67(493-496). Dezembro. 1969.

PORTUGAL, M.T.- Primer seminario nacional sobre enseñanza de la medicina preventiva en los programas académicos de medicina del Perú. Educación Médica y Salud, 9(196-209). N. 2. 1975.

PICKETT, G.- Las tres fases de la medicina preventiva en estados unidos de america. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.82(397-08). Maio. 1977.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA VITAMINA A y NEUMONÍA. – Posibles intervenciones para prevenir la neumonía infantil en los países en desarrollo: metanálisis de datos de ensayos sobre el terreno para evaluar los efectos de los suplementos de vitamina A en la morbilidad y la mortalidad por neumonía. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 121(25-40). Julho.1996.

PAUTAS PARA la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o sida en América Latina y el Caribe (Informe especial). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 121(377-415). Noviembre. 1996.

RESTREPO, D. –LA enseñanza de odontología preventiva y social en facultades de odontología de américa latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 55(312-21). Setembro. 1963.

ROMERO, A.; LACASCIO, I.C. –Prevención de la ceguera. Algunas características clinico epidemiológicas de las enfermedades oculares. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 94(22-36). 1983.

ROSS, J.D. –Tratamiento y prevención de la anemia ferropénica infantil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.57(463-468). noviembre. 1964.

ROUX, G.I. –LA prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilo de vida saludable en el desarrollo de la salud. Educación Médico y salud. 28(223-33). Abril & Junho. 1994.

SALINAS, C.Q.- Enseñanza de los aspectos integrales de la salud o aspectos médico-sociales:historia y situación actual. Educación Médica y Salud. 12(36-47). N. 1. 1978.

SALCEDO, S.R. –Enseñanza de medicina preventiva y salud pública en la facultad de medicina de la universidad del valle. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 47(401-411). Noviembre. 1959.

SAGANDARES, L. -Programas de alimentación suplementaria como medida preventiva en la desnutrición infantil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 39(464-468). noviembre. 1955.

SEGAL, D.L. -Fundamentos del control de la ingestión de lípido como medida preventiva de las coronariopatías. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 110(1-14). Janeiro. 1991.

SOPER, F.L. - La eradicación y el control en la prevención de enfermedades transmisibles. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 39(121-31). noviembre. 1960.

TERRIS, M.; La crisis de la Salud Publica: Reflexiones para el debate. Publicación Científica. N. 540. OPAS. 1983.

TOOLE, M.J.; STEKETEE, R.W.; WALDMAN. R.J.; NIEBURG. P. -Prevención y control del sarampión en situaciones de emergencia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana., 108(123-133). Fevereiro.1990.

URZUA, R.F.; MOLINA, O.F.; PRADO, B.Z -Prevención primaria de las dependencias químicas en adolescentes. Descripción de un proyecto en santiago. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 95(142-56). Agosto. 1983.

URZÚA, R.F. -Prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y neurológicos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 101(593-10). Dezembro. 1986.

WEAVER, K.; MADDALENO, M.; -Youth violence in Latin America: current situation and violence prevention strategies. Revista Panamericana de Salud Pública. 5(4/5):338-343. 1999.

WILLIANSO, R.R.;-TÉLLEZ, F.P. -La prevención del bocio endémico en colombia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 61(95-504) Dezembro. 1966.

WEGAN, M. -Fronteiras para la prevención. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. 83(5-16). Julho.1977.

Cronologia de Eventos

1851 - Primeiro Congresso Sanitário Internacional - Paris

1859 - Segundo Congresso Sanitário Internacional - Paris

1866 - Terceiro Congresso Sanitário Internacional - Constantinopla

1874 - Quarto Congresso Sanitário Internacional - Viena

1870 – Epidemia da Febre Amarela: Brasil, Paraguai, Uruguai e Argentina, ocasionando mais de 15.000 mortes em Buenos Aires.

1878 – Epidemia de Febre Amarela chega aos Estados Unidos, resultando 20.000 mortes no Rio Mississippi.

1881 – Quinto Congresso Sanitário Internacional – Washington. O Dr. Carlos Finlay apresentou sua teoria de que um inseto (*Aedes Aegypti*) seria o vetor da transmissão da febre amarela.

1890 – Primeira conferência dos Estados Americanos – Washington.

1891 – Segunda Conferência dos Estados Americanos – México.

1902 – Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. Washington, tendo representantes de 11 países.

1905 – Segunda Convenção Sanitária Internacional das Republicas Americanas. Washington. Apresentado o controle da febre amarela em Cuba, Panamá e México.

1907 – Terceira Convenção Sanitária Internacional. México. Elegeu-se uma Comissão Sanitária Internacional Informadora das Repúblicas Americanas.

1909 – Quarta Convenção Sanitária Internacional. São José, Costa Rica. Estabeleceu-se que os próximos encontros teriam o nome de conferência.

1911 – Primeira Conferência Sanitária Internacional. Chile, Santiago. Recomendou-se que os delegados fossem as autoridades sanitárias de seus próprios países.

1920 – Sexta Conferência Sanitária Internacional – Montevideú, Uruguai. O Dr. Hugh S. Cumming foi eleito Diretor da Oficina.

1922 – É lançado o primeiro volume do Boletín Panamericano de Sanidad.

1923 – Sétima Conferência e Conferência Sanitária Pan-americana. O nome do periódico muda para *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

1924 – O boletim começa a publicar as condições dos países.

1926 – Inicia-se o serviço com estatísticos e epidemiólogos nos países.

1927 – Oitava Conferência – Lima, Peru. Elaborou-se a Constituição e os Estatutos da oficina.

1934 – Nona Conferência. Aprovação da Constituição e do Estatuto.

1936 – Os diretores nacionais de saúde debateram sobre a importância dos sistemas locais de saúde.

1942 – XI Conferência Sanitária Pan-Americana.

1946 – Conferência Internacional de Saúde. Fundação da Organização Mundial De Saúde.

1946 – 22 de julho: A OMS é criada, com a participação de 61 estados.

1947 – XII Conferência Sanitária Pan-americana – Caracas, Venezuela. Redefine-se a autonomia da Oficina em relação à OMS. A oficina torna-se Organização Pan-americana Sanitária.

1948 – A Organização Pan-americana torna-se oficina regional da OMS.

1950 – Centro Pan-americano de Febre Aftosa. Rio de Janeiro.

1953 – A lei 1920, de 25 de julho, cria o Ministério da Saúde como uma pasta autônoma, conclusão de um processo iniciado em 1946 e ainda sob a influência da estrutura do Estado Novo.

1956 – Centro Pan-americano de Zoonose. Buenos Aires.

1958 – XV Conferência Pan-americana. Eleito o Dr. Abraham Horwitz do Chile - 1º Diretor Latino Americano.

1960 – Ato de Bogotá. Criação do fundo especial para o desenvolvimento social. Carta da Punta Del Leste, tendo como objetivo aumentar a expectativa de vida e melhorar a condição individual e social.

1966 – Lançamento do periódico *Educación Médica y Salud*.

1967 – Fundação da Bireme – São Paulo – Brasil.

1970 – Centro Latino Americano para Perinatologia e desenvolvimento humano, em Montevideú.

1971 – Último caso autóctone de varíola nas Américas.

1972 – Centro Latino Americano para a tecnologia e educação no Rio de Janeiro.

1973 – Centro Latino Americano para educação na cidade do México.

1973 – Certificação internacional da erradicação da varíola no Brasil. Instituto do Programa Nacional de Imunização – PNI.

1973 – A XXII Reunião do Conselho Diretivo da OPAS anuncia a erradicação da varíola do continente americano.

1974 – XIX Conferência Sanitária Pan-americana. Dr. Hector R. Acuna do México é eleito diretor.

1977 – A OPAS/OMS lança o Programa Ampliado de Imunização (PAI).

1977 – Definição das vacinas obrigatórias para menores de 1 ano, em todo o Brasil, e aprovação do modelo da Caderneta de Vacinações.

1978 – Conferência de Alma-Ata, com a proposta de Saúde para todos no ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde.

1979 – Erradicação global da varíola anunciada pela OMS.

1980 – Declarada a erradicação da varíola em todo o mundo.

1980 – A OPAS recomenda a estratégia dos “Dias Nacionais de Vacinação” para a erradicação da poliomielite, adotado em vários países.

1981 – Identificação de uma nova doença, a Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (AIDS).

1986 – Criação do “Zé Gotinha”, personagem símbolo da erradicação da poliomielite.

1988 – A constituição aprova a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

1989 – Registro do último caso de poliomielite no Brasil.

- 1990 – Novos números de casos de malária.
- 1992 – 58% dos casos de AIDS no planeta estão no continente americano.
- 1992 – Início da implantação da tríplice viral em todos os estados brasileiros.
- 1993 – Início da implantação dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais.
- 1994 – A OPAS/OMS concede o certificado de erradicação da pólio.
- 1997 – Fim do Boletín De la Oficina Sanitária Panamericana e Educación Médica y Salud e início da Revista Panamericana de Salud Pública.
- 1998 – Ampliação da vacinação contra a Hepatite B em todo o Brasil.
- 1999 – Brasil inicia uso de vacina contra Haemophilus influenzae tipo B.
- 2000 – A AIDS mata 18,8 milhões de pessoas desde 1983. Cerca de 34 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo todo. No Brasil, são 600 mil soropositivos, com aumento entre as mulheres. Torna-se obrigatória a notificação de casos de gestantes e recém-nascidos infectados.
- 2002 – A Organização Pan-americana de Saúde completa 100 anos.

FONTE: www.opas.org.br