

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências em Educação
Programa de Pós Graduação em Educação
Doutorado em Ensino de Ciências**

ESTILOS DE PENSAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA

**Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e
1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**

**Autor: Marco Aurelio Da Ros
Orientador: Prof. Dr. Demétrio Delizoicov**

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Educação- Doutorado
em Ensino de Ciências- CED- UFSC como
parte dos requisitos para obtenção do
título de Doutor em Educação**

Florianópolis, julho de 2000



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE DOUTORANDO EM EDUCAÇÃO

“FLECK E OS ESTILOS DE PENSAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA – UM ESTUDO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA FSP/USP E ENSP/FIOCRUZ ENTRE 1948 A 1994”

Tese submetida ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Educação do Centro de Ciências da Educação em cumprimento parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação.

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 24/08/2000

Dr. Demétrio Delizoicov – UFSC (Orientador)

Dr. Francisco Eduardo Campos – UFMG (Examinador)

Dr. Luiz David Castiel – ENSP/FIOCRUZ (Examinador)

Dr. Maurício Pietrocola de Oliveira – UFSC (Examinador)

Dr. Selvino Assmann – UFSC (Examinador)

Dr. José André Peres Angotti – UFSC (Suplente)

Dra. Edel Ern – UFSC (Suplente)


Profa. Edel Ern
Coordenadora do PPGE


Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis, Santa Catarina, agosto de 2000.

Dedicatória

A meu pai e minha mãe- o passado- que sabem que uma grande parte deste trabalho foi feito para mostrar-lhes que o filho era capaz;

A minha mulher e companheira, Sílvia- o presente, com o duplo sentido da palavra- pelo repartir, pelo sofrimento conjunto, pelo carinho- e para lembrar Paris;

A meus filhos Zezo e Ige, e meu filho emprestado Mateus- o futuro- pelas minhas ausências em momentos tão importantes das suas vidas, e pela paciência histórica em compreender isto.

Agradecimentos

(Não necessariamente por ordem de importância, mas todo o conjunto merece, e foi fundamental)

Aos amigos do cantar- as maestras Denise e Miriam, aos companheiros Luiz Otávio, Luiz Antônio, Jane, Juíza, e a todos os outros, que souberam tolerar as faltas do Baixo;

Aos companheiros de discussão fleckiana – em especial ao Cutolo, mas também ao Dê, Nadir, Armênio e Karin;

Aos amigos do vôlei- Vanice-Feijão, Viviam, Presotto, Claudinha e Marina, e os outros que vêm e vão, como a vida, por manter um dos poucos lazeres nas fases mais desgraçadas da tese;

Aos colegas do Doutorado- à Vivian, como representante- pelo carinho, companheirismo e construção conjunta, mas também ao Pinho pelas discussões francesas, à Neiva, matemática com coração, ao Walter-Ego, pelos desafios;

Aos meus compadres- Almir e Andréia, por repartirem tudo, até a Leticia;

Aos meus compadres – Idaeto e Bernardete- pelo carinho e pela matriz ideológica;

À Ilana – pela contribuição teórica e pelo carinho descoberto no Brasil;

À Cecília Minayo, pela contribuição teórica e pelo interesse em participar, tanto da qualificação como da banca, infelizmente não concretizado;

Aos colegas do SPB- por carregarem o piano, especialmente na Pós-Graduação, à Vera, Nelson e Alcides como representantes disto, a Clair, comadre querida, por um Estilo de Pensamento;

Aos que ainda lutam do Movimento Sanitário- por sentir que não sou o último dos dinossauros;

Aos meus alunos- pelas omissões impossíveis de serem evitadas por causa “desta”;

Aos meus orientandos de TCC- por não ter-lhes dado toda força de que necessitavam;

Aos meus orientandos do Mestrado em SPB- Sueli, Andreia, Luciane e Doris, pela contribuição e compreensão;

Aos meus irmãos Fivo, Lucy e Bia, pelo incentivo;

À Nadir, pela descoberta do Fleck, e por repartir as angústias;

Ao Demétrio- pela paciência e companheirismo histórico- fundamentais para a formação, Grande orientador!

Ao Fulvio, por ter segurado todas, das discussões, do internato ao financeiro, Grande Companheiro! E à Andreia, companheira do amigo, pelo carinho e força;

Aos amigos do peito- Claudinho- Iara, Pupa- Liamara, Josi, Ribas, por entenderem essa longa ausência;

À Vera, amiga do canto, do vôlei, do peito, da Itália, e da revisão de Português (e da tal de copydeskagem). E à Marina, pela força final na digitação, e por ser uma filha tão linda da Vera;

Ao Serviço de SPB-Internato- especialmente à Maris- um trator nesta luta, mas também aos colegas e bolsistas, pela tolerância e construção conjunta de um sonho- Paulo, Shirlei, César, Cleusa, Simoni, Pedrão, Renata, Fátima, Silvana e, agora, Josi, Elizabeth, Julio e Iberê;

Aos "construtores" da residência em saúde da família, pelas minhas ausências e por partilharem do sonho- simbolizado pela Ivonete, Arlete, Rosana, Jajá e Cida em especial;

Ao Tião- em especial por aquele telefonema com música na madrugada parisiense;

Aos companheiros de militância sindical da Apufsc, pelo compasso de espera, especialmente Edna, Corália e Milton;

Aos professores da Pós-Graduação que contribuíram essencialmente para minha formação em Educação-especialmente a Angotti, Arden e Edel;

À Graziela, prima querida, e Sérgio, que nos acolheram com tudo na França;

À Nicole, amiga alemã, pala acolhida nossa e de nossos amigos;

Aos municípios e cursos que recusei a ajudar em função deste trabalho;

Ao povo do Programa de Saúde da Família, tanto de Brasília como os daqui, por construírem as possibilidades do sonho e por estimularem que esta ficasse pronta de uma vez, desculpando as ausências;

Aos companheiros que trabalham na Rede UNIDA, pelos mesmos motivos;

À Elza e ao Paraná- por acreditar e bancar a idéia da 10ª fase do curso de medicina;

À família da Sílvia, em especial aos sogros Ismerildo e Ida, por sofrerem juntos e dar força e acolhida nas horas- chave;

Aos que me ajudaram, prestando informações fundamentais na localização das Teses e Dissertações, e da história: Vera Portocarrero, por me apresentar à Ilana, Angela/ Tânia, por me mandarem informações do Rio, Ruth, por me dar as dicas em S.Paulo;

À Maria Helena e pessoal do PG / Saúde Pública, por colocarem a estrutura do PG disponível;

Aos que fizeram teses e dissertações nesta área tão complexa do conhecimento, os "objetos-sujeitos" de minha tese, pela enorme contribuição;

E aos outros todos que sabem que contribuíram, mas me esqueci de citar, com um grande pedido de perdão por mais esta falha.

Resumo

Este trabalho investiga a produção acadêmica em Saúde Pública realizada pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, entre 1948 e 1994. O referencial de análise foi balizado pelas categorias epistemológicas de *Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento*, desenvolvidas por Ludwik Fleck (1896-1961), médico polonês, que nos anos 30 propôs uma teoria de conhecimento hoje denominada de construtivismo sociologicamente orientado.

Foram caracterizados os diferentes estilos em Saúde Pública considerados incongruentes entre si. Delinearam-se aspectos possíveis de colaborar para a construção de um estilo que integre os conhecimentos ora fragmentados.

O universo da pesquisa foi constituído por 858 trabalhos produzidos por ambas as instituições e apresentados sob a forma de dissertações ou teses de doutorado, livre-docência, ou cátedra. Uma amostra de 72 trabalhos foi considerada para a análise mais detalhada, após o exame dos resumos de cada um dos trabalhos que compõem o universo da pesquisa.

Após analisar a origem e o contexto em que Fleck orientou sua produção acadêmica, e ampliar a compreensão da categoria Estilo de Pensamento, o trabalho propõe-se a correlacionar as categorias fleckianas com as teses e dissertações examinadas e com a historicidade da Saúde Pública mundial, brasileira e das próprias Instituições examinadas.

O procedimento de análise e os instrumentos para a caracterização dos estilos encontrados são apresentados, e a partir da amostra investigada, detectaram-se onze (11) estilos de pensamento distintos em Saúde Pública, relacionados às temáticas de investigação na área.

Nas considerações finais propõe a utilização de modelos epistemológicos semelhantes para investigações em ciências que tenham objeto tão complexo como a saúde.

Abstract

This work investigated the academic production in Public Health done by the Public Health Faculty of USP and the National School of Public Health – FIOCRUZ between 1948 and 1994. The analysis was based on the epistemological categories of Style of Thought and Collective of Thought, developed by Ludwik Fleck (1896-1961), a polish doctor that in the 30's proposed a theory of knowledge known nowadays as Sociologicaly Oriented Construtivism.

It was characterized the different styles of Public Health considered incoherent among themselves. Possible aspects were outlined in order to contribute to the construction of a new style that join the fragmented knowledge.

The research examined 858 works done by both institutions and presented as dissertations or Ph.D. thesis. A sample of 72 works was considered to a more detailed analysis after the examination of the abstracts of each work that is part of the research.

After analysing the origin and context in which Fleck based his academic production and after broadening the comprehension of the Style of Thought category, this work intends to correlate Fleck's categories with the thesis and dissertations examined, with the history of world Public Health as well as brasilian and with the instituions examined .

The procedures of analysis and the instruments to the characterization of the found styles are presented and 11 distincts styles of Thought in Public Health were detected from the sample investigated, related to the theme of investigation in the area. In the final considerations it is proposed the utilization of epistemologic models similar to the investigations in science that have an object as complex as health.

Sumário

| | | |
|------------|---|------------|
| I | INTRODUÇÃO | 8 |
| II | A EPISTEMOLOGIA FLECKIANA..... | 19 |
| II.1 | Fleck: o médico epistemólogo..... | 19 |
| II.2 | Fleck, seu contexto e a Escola Polonesa de Filosofia da Medicina..... | 25 |
| II.2.1 | Os médico-filósofos da Polónia | 33 |
| II.3 | Os Estilos de Pensamento (EPs) em Fleck..... | 53 |
| II.4 | A Construção dos parâmetros conceituais..... | 62 |
| II.5 | A trajetória da Identificação dos Estilos de Pensamentos em Saúde Pública | 68 |
| III | A DIMENSÃO HISTÓRICA E A EPISTEMOLOGIA | 76 |
| III.1 | Os primórdios da SPB..... | 77 |
| III.2 | A SPB nas Américas..... | 80 |
| III.3 | No Brasil..... | 84 |
| III.3.1 | O Instituto de Higiene – SP..... | 87 |
| III.3.2 | Um interrogno para recontextualizar a história do movimento, no Brasil | 93 |
| III.3.3 | E a ENSP-FIOCRUZ? | 95 |
| III.4 | Um outro jeito de entender/ síntese dos nexos históricos..... | 98 |
| IV | ESTILOS DE PENSAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA | 108 |
| IV.1 | As Características dos Estilos de Pensamento | 114 |
| IV.1.1 | Organização da Atenção à Saúde | 114 |
| IV.1.1.1 | Planejamento normativo e Administração de serviços de saúde..... | 114 |
| IV.1.1.2 | Planejamento Estratégico em Saúde | 123 |
| IV.1.1.3 | Atores Sociais nas Políticas de Saúde..... | 127 |
| IV.1.2 | Orientações à População | 132 |
| IV.1.2.1 | Educação Sanitária..... | 132 |
| IV.1.2.2 | Educação em saúde..... | 137 |
| IV.1.3 | Estudos sobre Doenças..... | 141 |
| IV.1.3.1 | Biologia de Vetores..... | 141 |
| IV.1.3.2 | Epidemiologia Clássica..... | 148 |
| IV.1.3.3 | Epidemiologia Crítica..... | 157 |
| IV.1.3.4 | Medicina Preventiva..... | 162 |
| IV.1.4 | Estudos Emergentes..... | 166 |
| IV.1.4.1 | Saúde e Segmentos Sociais Discriminados | 166 |
| IV.1.4.2 | Epistemologia e Saúde | 170 |
| V | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 179 |
| | Referências bibliográficas..... | 192 |

I Introdução

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), embora, hoje, objeto de críticas, diz que ela é o completo bem estar, físico, mental e social, e não somente ausência de doença. As críticas são feitas em maior número em relação ao primeiro enunciado – o completo bem estar. Não existem dúvidas na discussão teórica atual no que diz respeito a ser a saúde algo com dimensão física, mental e social. E é justamente por essa abrangência de definição que se constata que saúde diz respeito, no mínimo, a áreas tão distintas em termos de conhecimento, como a biologia (o físico), a psicologia (o mental), e a sociologia (o social), simultaneamente. Trata-se, portanto, de um objeto de investigação altamente complexo. Investigar, então, como se constrói o processo de produção de conhecimento na formação de profissionais de saúde, uma das propostas a ser parcialmente desenvolvida neste trabalho, inclui, além das áreas anteriores, a área de educação, o que certamente aumenta ainda mais sua complexidade.

Mario Testa (1993) afirma em seu livro, *Pensar en Salud*, que saúde é um objeto complexo e indefinido. E no livro, *Saber en Salud* (1997), que o objeto de trabalho da medicina é o corpo – que trabalha, que ama, que luta –, dando um tratamento poético para reafirmar o conceito de saúde como dependente do físico, do mental e do social.

No livro de Nunes (1992), há uma citação de Gregg (quando o mesmo escreve sobre Henry Sigerist -considerado o pai da medicina social deste século) que registra seu pensamento sobre medicina/ saúde da seguinte maneira:

Além, e acima de qualquer coisa, Henry Sigerist tornou-se consciente do fato de que a medicina é o estudo e a aplicação da biologia em uma matriz que é simultaneamente histórica, social, política econômica e cultural. A prática da medicina é uma parte da sociologia e um produto de fatores sociológicos. Ainda não estamos conscientes disto, e nem das inúmeras perspectivas e desdobramentos que essa visão integral pode proporcionar. (p. 73)

Saul Agudelo (1990) reforça este tipo de lógica:

A complexíssima estrutura e dinâmica bionatural do processo vital humano em seu conjunto, e de seus elementos constitutivos, requer o concurso de disciplinas específicas com seus respectivos suportes metodológicos, tecnológicos e conceituais...

Tem já suficiente consistência histórica e científica a dimensão psico-emocional em todo processo vital humano. Em realidade, este é então bio-psico-social, e a orientação educativa que vimos discutindo deve incluir também a tríplice dimensão da realidade. (p. 107-108) (Tradução minha)

Minayo em sua tese- *O Desafio do Conhecimento*-, analisando a metodologia qualitativa de pesquisa para a investigação em saúde agrega a discussão sobre saúde às Ciências Sociais, mas localiza também a complexidade do objeto, ao afirmar:

Trazendo o debate do "qualitativo" para o campo da saúde, presencia-se o eclodir de questões semelhantes às do âmbito maior das Ciências Sociais(...) a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social(...) A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas(...) Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. (1989: 11)

Estes entendimentos, tanto da complexidade do objeto saúde, como da sua inequívoca vinculação ao bio-psico-social, não têm sido suficientes para garantir que a prática profissional seja exercida com base nessa compreensão. É na prática que se verifica a determinação sócio-econômica (a atuação do complexo médico-

industrial), que com sua sobredeterminação pedagógica (o ensino dentro do modelo flexneriano) sobrepuja a elaboração teórica¹.

Souza(1999) relata que este modelo(flexneriano) é hegemônico e continua sendo reproduzido nos espaços de formação e de trabalho tradicionais, fazendo com que uma proposta integradora, apesar de introduzida há tempos no universo acadêmico, ainda esteja restrita a um grupo pequeno de profissionais. Os médicos e outros profissionais de saúde, de modo geral, têm isolado os aspectos sociais e emocionais, dedicando-se somente ao biológico, que fragmentam em sub-áreas, conhecidas como especialidades médicas (pneumologia, oftalmologia, etc.).

Uma das possíveis origens deste fazer incoerente com a concepção teórica da OMS, ou dos outros autores citados anteriormente (Testa, Agudelo, Nunes), pode ser localizada ao final do século passado, quando Behring (Rosen,1973), regozijando-se com os achados da microbiologia, dizia que o médico já não precisava mais desviar-se de seu objeto buscando inter-relações com a sociedade. Ou seja, ao invés da microbiologia ser um poderoso auxiliar para as explicações dadas pela "Medicina Social"², ela vai significar uma ruptura com todo o conhecimento anterior, uma negação peremptória das explicações dadas até então. Segundo Waitzkin (1978),

(...) O que havia em comum às novas concepções era a negação da medicina enquanto ciência da sociedade. A concepção anterior implicava em compromisso e redirecionamento econômico do Estado, enquanto as novas concepções, além de desonerar o Estado, localizando a responsabilidade da doença no indivíduo, necessitavam do desenvolvimento de equipamentos e medicamentos muito mais compatíveis com a lógica capitalista em desenvolvimento. (p.2)

¹ Ambos os conceitos (complexo médico- industrial e modelo flexneriano), serão desenvolvidos ao longo dos capítulos da tese. Genericamente, trata o primeiro das "indústrias" que lucram com a doença, e o segundo, do modelo que, a partir de uma pesquisa realizada nos EUA, em 1910, passa a ser hegemônico, centrando seu atendimento no hospital, com uma lógica biologicista, com uma concepção mecanicista e fragmentada do corpo humano.

² O conceito de Medicina Social foi utilizado pela primeira vez em 1838 por Jules Guérin, no bojo dos movimentos revolucionários que fecundavam a Europa nesta época. Genericamente, pode-se afirmar que trata de um campo de conhecimento científico que se ocupa dos aspectos sociais relacionados com o processo saúde-doença e com os serviços de saúde(Garcia: 1985). Na revisão histórica do capítulo III, tal tema será aprofundado.

Além disto, esta concepção caracterizava um reducionismo biologicista também antagônico ao movimento de medicina social europeu, hegemônico em torno de 1850. Esta concepção biologicista torna-se mais evidente a partir da chamada reforma flexneriana nos EUA em 1910 (Mendes, 1985), tornando-se quase monolítica por pelo menos 60 anos. Este resgate histórico será aprofundado no capítulo III, referente à dimensão histórico-epistemológica da saúde pública.

No Brasil, é na década de 1970 que o Movimento Sanitário³ (Da Ros, 1991) inicia seu enfrentamento com o complexo médico-industrial, responsável direto ou indireto pela formação do padrão de prática médica flexneriano: hospitalar, biologicista, positivista e fragmentador. Mas, é somente em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se consegue assegurar novamente uma conceituação abrangente para a saúde, coerente com o clamor da educação em medicina e saúde pública mundial (NESCO, 1989).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida(...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (p.44)

A retomada de um conceito mais amplo não significa necessariamente que a prática se modifique; mas implica pelo menos em seu redirecionamento. Este, se por um lado é determinado pela forma como se organiza a sociedade, também traz, por outro lado, a forma como se dá o processo ensino/aprendizagem, e como é construído o conhecimento.

³ O Movimento Sanitário é a denominação dada para o ator social coletivo que propugna uma Reforma Sanitária, com a bandeira principal da criação de um sistema de saúde, como direito para todos e dever do Estado, que se constitui a partir da década de 70, no Brasil. Na revisão histórica, do capítulo III, retomo o assunto.

Sendo isto que se pretende, parcialmente, desenvolver neste trabalho, há necessidade de aprofundar o entendimento sobre os porquês da não modificação dessa prática. Rodrigues (1994) tenta uma explicação:

*Podemos considerar que o que há de mais transcendente do estudo de Flexner é sua contribuição para a consolidação de um modelo biomédico clínico, evidentemente individual e curativo. Esse modelo de concepção e prática da medicina, refletiu-se no educativo, respaldado pela crescente consolidação do que haveria de constituir-se no poderoso complexo médico-industrial. (p.8)
(tradução minha)*

Gastão W. de Souza Campos, na apresentação do livro de Laura Feuerwerker (1998) constata o problema com o seguinte discurso:

Ela estuda uma mudança que não houve. Dezenas de projetos, documentos e encontros recomendaram miríades de estratégias para a mudança da educação médica brasileira. E nada. Uma lista impressionante de soluções para problemas do ensino médico, todas aparentemente racionais, foi produzida nos últimos trinta anos. E quase nada. As Faculdades de Medicina continuaram presas a antigas pedagogias e ao velho modelo de currículo importado dos EUA ao final dos 50 (p.16)

As propostas de formação de profissionais de saúde neste final de século, no Brasil, para tentar modificar esta realidade, têm hoje o estímulo de duas forças antagônicas. Por um lado, a proposta do movimento sanitário brasileiro de lutar pelo resgate humanista da prática profissional, para que possa colaborar com a qualidade de vida das pessoas, implantando-se uma Reforma Sanitária autêntica (esta, ainda em luta permanente com o complexo médico industrial). Por outro lado, as propostas do Banco Mundial (1993), para que os Países gastem menos com práticas de saúde, uma vez que da forma como vêm sendo gastos os recursos, crescendo ininterruptamente, com tecnologia de alto custo sendo usada indiscriminadamente (herança flexneriana

apropriada pelo complexo médico-industrial), inviabiliza-se a economia dos países tanto de primeiro como de terceiro mundo.

Entende-se, portanto, que por dois caminhos absolutamente diferentes, o que está em pauta é a modificação das práticas sanitárias e, em ambas as propostas, o processo de educação de profissionais é uma das variáveis fundamentais a ser pensada e colocada em execução.

A compreensão do processo de construção do conhecimento, especialmente para uma área com a abrangência referida, em que convivem simultaneamente diversas formas de pensar e atuar, tal como é a saúde, requer estudos que dêem conta de uma epistemologia altamente complexa. Foi justamente esta preocupação inicial que motivou o trabalho para o desenvolvimento desta tese.

Em algumas áreas particulares da saúde pública, existe uma clara exclusão de análises sociais, como a bioestatística, noutras discute-se saúde sem envolver a biologia. Um modelo de análise que contemple padrões tão diferenciados requer a utilização de conceitos teóricos que satisfaçam essas aparentes contradições.

Thomas Kuhn (1975), no prólogo de seu livro, a *Estrutura das Revoluções Científicas*, cita um autor, Ludwik Fleck, que parece dar conta de analisar eventos mais complexos, como a saúde. Fleck (1986) analisa um evento na área da saúde (a doença sífilis, e a história da reação para detectá-la, a de Wassermann), a partir do qual, constata a existência do que ele denomina de **estilos de pensamento**, um achado aplicável para se pensar não somente a saúde, como as ciências em geral. No capítulo II deste trabalho é apresentada a concepção epistemológica de Fleck, bem como o uso do conceito Estilo de Pensamento enquanto categoria de análise.

Ludwik Fleck (1896-1961), médico polonês, tem sua produção epistemológica contemporânea à de outros filósofos da ciência, tais como Bachelard e Popper, que nos anos 30 assumem posição crítica em relação ao empirismo lógico (Delizoicov, 1999). O livro de sua autoria "Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache" (A Gênese e o Desenvolvimento de um Fato Científico), é publicado pela primeira vez em 1936, mas é somente a partir da referência de Kuhn, que se põem em marcha estudos a respeito da sua produção. Hoje, o autor é considerado na Europa, pioneiro na abordagem construtivista, interacionista e

sociologicamente orientada sobre história e filosofia das ciências (Cohen & Schnelle, 1986; Lowy, 1990).

Fleck valoriza o contexto histórico-psico-cultural ao analisar como se processa a introdução de um cientista numa nova forma de pensar (um novo estilo de pensamento) e integra, na sua análise, aspectos relativos à determinação social da investigação científica, envolvidos no processo de produção do conhecimento, usando e caracterizando suas principais categorias epistemológicas em franca oposição ao positivismo lógico do Círculo de Viena.

É importante ressaltar que o próprio título de seu livro- *A Gênese e o Desenvolvimento de um Fato Científico*- já demonstra claramente uma posição de antagonismo à lógica positivista. Os fatos, segundo Fleck, não têm uma existência independente, têm uma construção, desde seu nascimento até seu desenvolvimento, e só passam a ser "fatos" a partir de um determinado Estilo de Pensamento (EP), que elabora uma forma particular de explicação para um evento científico, num determinado contexto histórico- cultural, compartilhada por membros de um **Coletivo de Pensamento** (CP).

Desenvolve, em sua monografia, a forma como é construído um EP, no interior de um CP. Os produtores de conhecimento (dentro de um EP / CP), também chamado de Círculo Esotérico, moldam (realizam uma "suave coerção ") os novos-pesquisadores a perceber os "fatos" de uma determinada maneira, que ele chama de introdução a um EP. Os pesquisadores reforçam-se / legitimam-se com os Círculos Exotéricos (os "consumidores" imediatos daquele conhecimento) . Passam, então, a receber reconhecimento social por adequar-se àquela forma de ver. Fleck relata detalhadamente como se dá o processo de instalação de um EP (com sua origem sócio-psico-cultural) e sua persistência no tempo.

É com base nos conceitos que Fleck desenvolve, tais como proto-idéias, incomensurabilidade/ incongruência entre EPs, mas especialmente a categoria EP / CP, (com suas características marcadas), que busquei caracterizar os EP diferentes em um campo de saber- a Saúde Pública, objeto de investigação desta tese.

Para uma melhor compreensão das características de um EP, alguns entendimentos e que surgem do próprio texto de Fleck, a começar pela própria definição de EP (Fleck, 1986) fazem-se necessários:

Um perceber dirigido, com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido... Uma determinada atitude e um tipo de execução que a consuma. Esta atitude tem duas partes estreitamente relacionadas entre si: disposição para um sentir coletivo e a ação conseqüentemente dirigida (p.145) (tradução minha)

Para tentar um modelo de formação mais abrangente dos profissionais que trabalham com saúde, que supere o atual e fragmentado, atendendo aos interesses de mudança apontados anteriormente, é preciso conhecer a lógica interna da produção do conhecimento nesta área. É neste aspecto que a epistemologia fleckiana pode ajudar enormemente.

Se, por um lado, a literatura de saúde pública e de educação médica atual chama a atenção para a fragmentação na área médica (MEC, 1989; ABEM, 1995; OPAS/OMS, 1993; Min. Saúde, 1999), é importante entender o que se passa numa área particular da saúde, justamente a que transcende o indivíduo, a genericamente chamada de saúde pública (SPB).

A formação em saúde pública, no Brasil, na década de 1970, era de sanitaristas "gerais", com conhecimento de biologia de vetores, medicina preventiva, estatística e epidemiologia, planejamento e administração de serviços de saúde. A este conteúdo foi acrescido, a partir do meio da década, o tema de saúde e sociedade, integrando, ou tentando integrar conteúdos de educação em saúde, economia, sociologia e antropologia.

Hoje, cada área destas tem um corpo próprio de aprofundamento, como costuma acontecer com o desenvolvimento das ciências, mas o que se constata é que as áreas desenvolveram uma lógica própria, um marco teórico próprio, uma metodologia de investigação, uma prática diferenciada, um instrumental adaptado e uma linguagem tal, que tornaram-se praticamente incomunicáveis entre si,

caracterizando o que L. Fleck (1986) intitula de incomensurabilidade/ incongruência (NIEWSPÓLMIERNOSC)⁴ entre estilos de pensamento (EPs) diferentes.

É partindo deste entendimento que caracterizo meu problema: Quais são os Estilos de Pensamento em Saúde Pública? No enfrentamento deste problema tive de resolver um outro, de caráter metodológico: Como, a partir dos trabalhos de pesquisa na área e com referencial fleckiano, construir um instrumento capaz de dar conta dos Estilos de Pensamento (EPs) em Saúde Pública (SPB)? Ficava clara também, minha hipótese de trabalho, a ser investigada: a de que existem EPs distintos e incongruentes entre si na área da SPB. No capítulo II, após apresentar a epistemologia de Fleck, disserto sobre o procedimento seguido para identificar e localizar os EPs em SPB.

Se, na saúde pública, as áreas de conhecimento fragmentaram-se, buscando o aprofundamento necessário, também é verdade que, na prática, elas deveriam construir uma interação horizontal, porque é da necessidade de interação entre elas que pode surgir uma prática (e uma teoria) que aponte para uma intervenção indissociada, do biológico a sua determinação social, passando pelos aspectos emocionais e integrando o diagnóstico com a perspectiva terapêutica, dando conta, assim, das necessidades humanas integrais em termos de saúde.

Um modelo, um novo EP, a partir de EPs diferentes, que possibilite a superação destes fragmentos, dando conta das necessidades coletivas de saúde da população, ainda necessita ser construído. É justamente daí que surge o objetivo geral deste trabalho: contribuir para a compreensão da lógica dos distintos estilos de pensamento em saúde pública, na busca de possibilidades que articulem aspectos de distintos EPs para a formação de profissionais de saúde.

Para tentar alcançá-lo, torna-se necessário desenvolver um instrumento para a detecção dos EPs em SPB e localizar quais são estes EPs em SPB, verificando suas características e em que pontos ocorre a incongruência entre eles.

⁴ Este termo, em polonês, tem significações distintas, que vão de incongruência / incompatibilidade/ incomunicabilidade, até o significado de incomensurabilidade que T. Kuhn utiliza para as Ciências Naturais. Acredito que o termo incongruência é mais coerente com Fleck, e talvez seja o mais apropriado para este trabalho.

Os caminhos para detectar estes EPs são bastante amplos e diversificados. A opção buscada foi a de trabalhar com a produção acadêmica na área de SPB nas duas escolas mais tradicionais nesta área no Brasil: a Faculdade de Saúde Pública da USP e a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ-RJ. Haveria pelo menos outras quatro que também poderiam ser examinadas- Medicina Preventiva da USP, a Unicamp, o Instituto de Medicina Social da UERJ e o Instituto de Saúde Coletiva da Bahia. Foi levado, porém, em consideração que as duas primeiras, de alguma forma, são consideradas as matrizes do pensamento na SPB brasileira, além de serem as mais antigas e as que têm um maior volume de produção. Foram consideradas como produção científica das Escolas as dissertações de mestrado, as teses de doutorado, as de livre- docência e as de cátedra(que ocorreram somente na USP), o que totalizou acima de 800 obras.

Adotamos diversos critérios para, a partir desta produção científica, poder detectar os EPs em saúde pública. O mais promissor foi o de seguir historicamente a partir dos orientadores, a produção de seus orientandos, buscando conexões entre esta produção. Isto se mostrou bastante profícuo. A partir delas, buscamos os nexos, desde a análise de seus fundamentos, até os autores citados como referência.

Com esta opção de pesquisa, a análise da produção científica das duas Instituições mais importantes na área de SPB no Brasil (FSP- USP e ENSP-FIOCRUZ), tornava-se necessário compreender melhor a lógica para entrar em sintonia com o pensamento fleckiano(que desenvolvo desde suas prováveis origens, no primeiro capítulo). Com este objetivo, fui visitar a História. Em função disto, desenvolvo um capítulo que intitulo de Saúde Pública: a dimensão histórico-epistemológica. Nele resgato os primórdios da SPB, passando em especial pelo seu desenvolvimento nas Américas. A partir dele desenvolvo, em particular, algumas características da história da SPB no Brasil, e nesta interação entre as histórias, tento localizar parcialmente, pelo menos, as matrizes das tendências de pensamento das escolas eleitas como objeto de investigação (a ENSP-FIOCRUZ e a FSP-USP).

No capítulo seguinte, intitulado de Os Estilos de Pensamento em Saúde Pública identifico, ainda que de forma parcial, os EPs em SPB com suas

características, a partir do estudo das teses e dissertações da ENSP e FSP-USP, produzidas entre 1948 e 1993.

De posse desses dados, vou às considerações finais, tentando, com o trabalho realizado, contribuir para uma melhor compreensão do que seja a saúde pública, propondo, também, a utilização do instrumento construído para desenvolver novas investigações na área da saúde. Busco, ainda, refletir sobre as raízes e características das incongruências assinaladas, na tentativa de colaborar para a construção, à luz do momento histórico atual, de um EP que supere a fragmentação entre os vários EPs em SPB e, desta, com a prática médica, na busca da integralidade, compatível com os anseios de uma nova Saúde Pública, que atenda de fato às necessidades da população. *É necessário que se exerça a comunicação, de modo que cada visão ofereça uma contribuição peculiar no compartilhamento com as outras (Souza, 1999).*

II A Epistemologia Fleckiana

II.1 Fleck: o médico epistemólogo

Para falar sobre Ludwik Fleck, é preciso antes, por respeito à própria lógica do autor, entender as origens de seu pensamento em epistemologia. Schnelle(1986), um dos autores do prólogo da tradução alemã de 1980 do livro de Fleck- *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*, ou *La génesis y el desarrollo de un hecho científico* (Fleck,1986), localiza as bases do pensamento fleckiano em alguns fatos que ocorriam na Polônia na época em que Fleck teria gestado seu livro- 1925-1935.

A Polônia era então um país invadido e dividido: uma parte para a Prússia, outra para a Rússia, e outra para o Império Austro-Húngaro (Barraclough,1995), em cuja capital, Viena, desenvolviam-se intensas discussões de caráter filosófico-epistemológicas- o famoso Círculo de Viena-, ao qual Lwow, cidade onde nasceu Fleck, tinha uma ligação muito grande. Schnelle deduz, também, a partir de entrevistas feitas com pessoas que conviveram com Fleck, que outra parte importante de sua formação teria base nas leituras de textos de filósofos e historiadores, que Fleck realizava em seus horários fora dos laboratórios.

Ilana Lowy (1990), sem negar a importância das leituras e das polêmicas com o Círculo de Viena, levanta uma outra possibilidade determinante, que seria a vinculação da ideologia de Fleck a uma tradição forte existente na Polônia, que era a Escola Polonesa de Filosofia da Medicina. Após a leitura de seu livro, que tem este título (*The Polish School of Philosophy of Medicine*), não parece restar dúvida de que a forma de pensar a construção do conhecimento, em Fleck, começa com autores bastante desconhecidos do pensamento de outros países que não a Polônia. Nomes como Chalubinski, Biernacki, Bieganski e, principalmente, o de Kramsztyk, membros da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina das três "gerações" anteriores a Fleck, com uma história e pensamento que serão aprofundados no próximo item, parecem ter sido

a base mais forte da matriz do pensamento de Fleck. Fleck pertenceria, então, a uma quarta geração de médicos-filósofos poloneses, que tinha iniciado as reflexões em medicina, contemporaneamente a Virchow (considerado o pai da Medicina social), quase cem anos antes. Fleck, inclusive, recomendava a seus alunos a leitura de Kramsztyk (Lowy, 1990).

Fleck nasceu em Lwow, hoje uma cidade da Ucrânia, em 1896. Na ocasião, a cidade encontrava-se sob o domínio do Império Austro-Húngaro (Barraclough, 1995). Mas para os poloneses, L. Fleck foi sempre um cidadão polonês. Fleck, hoje reconhecido na Europa como pioneiro do construtivismo sociologicamente orientado (Cohen, 1986), era médico e escreveu seus primeiros textos de epistemologia para apresentar na Escola de Filosofia da Medicina em 1926. O que possibilitava as reflexões que Fleck fazia sempre foi a prática, tanto ao pé do leito do paciente, como a prática de laboratórios. É a partir dessa prática que advém seu raciocínio epistemológico (Lowy, 1990).

A partir do primeiro, intitulado *Some Specific Features of the Medical Way of Thinking* (Fleck, 1927), foram trinta e nove artigos publicados em jornais e revistas polonesas (Cohen, 1986), tratando do tema: a prática médica e as bases do pensamento. Começavam-se a delinear as premissas que culminariam em seu livro- *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*- escrito em 1936. Por se tratar de um autor polonês-judeu, e a Polônia estar ocupada pela Alemanha Nazista, sua obra é publicada por um editor suíço (na Suíça), em língua alemã, num total de 600 exemplares.

Após a II Guerra Mundial, tempo em que esteve preso em campos de concentração, seus textos sobre epistemologia tornaram-se bastante mais raros. No início da segunda guerra mundial, a Polônia passa a ser território ucraniano. Fleck, então, passa a ter um reconhecimento de seu trabalho quando assume a direção do Departamento de Microbiologia do Instituto de Medicina Ucraniano e direção do Laboratório Bacteriológico de Lwow. Durante toda sua vida, até 1961, trabalhou em docência, mas principalmente dentro de laboratórios de bacteriologia, microbiologia, ou imunologia.

Sua contribuição para o estudo da gênese do conhecimento/ da epistemologia do complexo e em especial da saúde pode ser ilustrada pela intensa utilização européia de sua produção, coletada parcialmente na obra de Cohen & Schnelle- *Cognition and Fact* (1986), e mesmo na americana (Testa, 1993; Margulis, 1997, etc.) mas, especificamente para o propósito desta investigação, creio que seus pressupostos mais importantes podem ser resumidos da seguinte forma, todos encontrados em sua monografia:

- Fleck sempre utiliza uma abordagem integradora dos fenômenos patológicos;
- Em consequência desta abordagem, para ele, as doenças são resultado de interações multifatoriais e multidimensionais;
- As doenças, portanto, podem ser observadas de diferentes pontos de vista (clínico, bacteriológico, psicológico, social, etc.);
- Cada uma dessas áreas tende a achar que sua explicação é suficiente, global e definitiva, a que ele chama de "a harmonia das ilusões";
- As chamadas "doenças" são, de fato, construções coletivas dos médicos, em interação com as manifestações apreendidas dos pacientes, quadros ficcionais que permitem o desenvolvimento da ciência prática;
- Mais tarde, Fleck vai afirmar que todo o conhecimento científico é socialmente construído(Cohen & Schnelle, 1986; Lowy, 1990);
- Ciência aplicada não é ciência menor que as básicas. Suas verdades dependem do objetivo da investigação que, como já vimos, são abordadas de diferentes pontos de vista. A partir deste raciocínio, Fleck desenvolve sua premissa de que isto caracteriza um estilo de pensamento de uma comunidade profissional;
- Fleck afirma ainda que, a partir dessa lógica, todas as observações dependem de idéias a priori do observador, e, conseqüentemente, a existência das observações "objetivas" serão sempre permeadas por um estilo de pensamento. Isto não significa negar o empírico, mas

afirmar que o mesmo sofre a influência do estilo de pensamento do observador;

- Como consequência disto (dos EPs marcadamente diferenciados), resulta uma incongruência (incomensurabilidade/ incomunicabilidade) entre as idéias, porque são geradas para um determinado coletivo de pensamento, que comunga de um mesmo determinado estilo, e não consegue comunicação com outros, que desenvolveram seu coletivo e seu estilo, com outras premissas;
- Em função disto, na maior parte das vezes, a capacidade de reconhecer um determinado fenômeno implica em perda da habilidade de percebê-lo da forma como se o percebia antes. É que a aquisição de uma forma de ver, determinada por um estilo de pensamento, resulta na perda da forma de visão anterior, e isto é uma característica do ser humano;
- Afirma que a doença não existe fora de um determinado corpo individual. Daí, a dificuldade para perceber regularidades e a impossibilidade de organizar uma classificação de doenças que leve em consideração bilhões de variações, a não ser como um mecanismo formal, talvez indispensável para a transmissão de conhecimento, ou para introduzir o estudante no novo estilo de pensamento, mas deve ser usado criticamente.

Além dessas premissas, Fleck trabalha diversas outras, talvez não tão fundamentais, mas ainda assim muito importantes para a investigação que está sendo proposta, e que complementam sua forma de pensar, tais como: proto-idéias- que surgem em determinado momento histórico, mas não são consideradas pertinentes para os estilos hegemônicos, e que, então, ressurgem noutra momento, quando novos conhecimentos são superpostos, como fundamentais para o desenvolvimento de um novo estilo; a rearticulação novo-velho – onde Fleck assegura que o novo conhecimento é sempre nascido do velho, e que o velho sempre tem elementos do novo em seu interior, permitindo que dele possa surgir esse novo; a coerção de pensamento que ocorre em um estilo – onde afirma que, para a iniciação de um novo

cientista dentro de um estilo de pensamento, ele sofre uma coerção “suave” para que se pautem por aquela forma de ver e não por outra, sob pena de não ser aceito naquele círculo. Esta nova forma de ver, conseqüentemente, torna-se incongruente/ incomensurável com a forma anterior, ou com outras formas de apreender a realidade (outros EP).

Outra premissa importante para Fleck é a relação entre os círculos de saber (eso e exotéricos)- Fleck denomina de círculo esotérico os produtores de conhecimento em um determinado estilo, e de exotérico, os que de alguma forma consomem aquele conhecimento.

Talvez um dos pressupostos mais importantes que Fleck desenvolve (para efeito deste trabalho) seja a sua concepção sobre a relação sujeito- objeto. Recentemente, no II Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, foi apresentada uma síntese desta concepção (Delizoicov et alli, 1999), com o seguinte teor:

Fleck trabalha o modelo interativo do processo de conhecimento, subtraindo, portanto, a neutralidade do sujeito, do objeto e do conhecimento, afinando-se claramente com a concepção construtivista de verdade. Sua abordagem opõe-se, portanto, ao modelo empirista-mecanicista, atribuindo ao sujeito um papel ativo que introduz ao conhecimento, uma visão de realidade socialmente transmitida. Para ele, a realidade não existe enquanto abstração do sujeito ou reflexo do objeto de forma independente. Argumenta também que a relação cognoscitiva não deve ser entendida como uma relação bilateral entre o cognoscente e o objeto a conhecer. Um terceiro fator, o “estado do conhecimento”, deve compor, de forma fundamental, o tripé da relação cognoscitiva (Fleck, 1986). Este terceiro fator deve ser entendido como as relações históricas, sociais e culturais que marcam, segundo Fleck, o estilo de pensamento onde o coletivo de pensamento é permeado:

O conhecer representa a atividade mais condicionada socialmente da pessoa, e o conhecimento é a criação social por excelência (Fleck, 1986, p.89) (CD-ROM – II ENPEC).

Mas, indubitavelmente, as categorias da epistemologia fleckiana que mais têm sido trabalhadas, e que serão as que também utilizarei, dizem respeito a

Estilos/Coletivos de Pensamento. Como é necessário explicitar o entendimento que se tem sobre elas, para justificar o porquê de sua utilização na análise dos estilos em saúde pública, motivo desta tese, abriremos um sub-título para o estudo destas categorias. Antes disto, apresentaremos um breve resumo de uma das matrizes mais importantes do pensamento de Fleck: A Escola Polonesa de Filosofia de Medicina.

II.2 Fleck, seu contexto e a Escola Polonesa de Filosofia da Medicina

Em 1930, Richard Koch, teórico da medicina alemã (Lowy, 1990), dizia que se podia sentir a filosofia da medicina no ar, no interior da Polônia. Sua declaração estava baseada no que lá ocorria. Embora a filosofia da medicina só viesse a ser institucionalizada como um ramo da filosofia na Polônia em 1976 (noutros países, ainda hoje, é somente uma atividade informal), vivia a Polônia já naquela época, um clima ímpar em relação à formação de seus médicos.

Desde 1920, as cinco maiores Faculdades de Medicina do País ensinavam História e Filosofia da Medicina. Nesta época, a Polônia tratava de “reconstruir” seu país. A independência perdida no século XVIII só foi reconquistada depois da I guerra, em 1918. O entendimento de alguns aspectos da História da Polônia pode colaborar para localizar os porquês das diferenças de análise apresentada pelos autores que estudam Fleck.

A Polônia constituiu-se em Império, em torno do ano 900 (Robert-1995). Desde então, houve diversas ampliações e retrações de seu território. Chegou a ter, por volta de 1600, além da área que conhecemos atualmente como o Estado Polonês : a Ucrânia, Lituânia, parte da Áustria, Tcheco-Eslováquia, e mesmo parte da Rússia. Ao final dos anos 1700, o País é dividido entre Prússia, Rússia, e Império Austro-Húngaro. A maior parte ficou com a Rússia, que reprimiu violentamente todas as tentativas de rebelião em busca de independência (1790-1830). A Prússia promoveu intensa prussianização de sua área na tentativa de sufocar os remanescentes de cultura polonesa (Barraclough, 1995).

É então, na área austro-húngara que, a partir de 1860, a ex-Polônia respira um pouco de autonomia. Vai ser somente por ocasião da I Guerra Mundial que se iniciam as negociações (pós- invasão da Alemanha e Rússia) que culminam com a obtenção da independência, e a eleição do primeiro chefe de Estado, junto com um Conselho, em 1919. A área do país passa a incluir, então, parte da Lituânia e da Ucrânia. Durante a II Guerra Mundial, há novamente uma invasão da Polônia pela Alemanha, que divide o território em uma parte para si e outra para a URSS (a região da Ucrânia e da Lituânia).

Quando termina a II Guerra, estabelece-se a área que é conhecida hoje como Polônia. Lwow (a cidade de nascimento de Fleck) é hoje, (desde 1945), território da Ucrânia (ex- URSS). Esta localização histórico-geográfica (bastante sintética) tem a intenção de assinalar pontos que serão importantes na discussão travada entre os autores que estudam Fleck (ponto de vista alemão/ inglês X ponto de vista polonês).

A cidade de Fleck , Lwow, em 1896, era uma área então ocupada pelo Império Austro-Húngaro, na região da Galícia. Esta região apresentava um desenvolvimento cultural relativamente autônomo, embora estreitamente ligado ao movimento cultural de Viena (Da Ros, 1994). Fleck cresce, dominando perfeitamente as línguas polonesa e alemã. Estuda medicina na Universidade de Lwow (Instituto Jan Kasimierz).

Em 1920, trabalha com R.Weigl, em seu laboratório e, em 1921, torna-se seu assistente na Universidade de Lwow, na cadeira de Biologia. Lá permanece somente até 1923. O pouco tempo de atividade universitária parece estar relacionado a dois motivos: dificuldades pessoais de relacionamento, mas também, e principalmente, à situação tensa reinante entre poloneses, judeus-poloneses, e ucranianos. Em 1923, passa a trabalhar em seu laboratório privado e no Departamento de Medicina Interna de um hospital geral em Lwow (pesquisas bacteriológicas) . Em 1925, assume a direção do laboratório de pele e doenças venéreas do mesmo hospital. Em 1927, faz um estágio de seis semanas em Viena e, quando retorna, assume a direção do laboratório da Seguridade Social local. Permanece até 1935. Entre 1935 e 1939, trabalha somente em seu laboratório privado.

Este período (1925-1935) é justamente aquele em que ele produz seus primeiros artigos sobre filosofia da Ciência/ Epistemologia e sua monografia. Os primeiros textos de Epistemologia são escritos a partir de 26, e apresentados na Sociedade dos Amigos da História da Medicina, em Lwow, da qual ele era membro ativo(Lowy, 1990). Esta sociedade era filiada à Sociedade Polonesa de História e Filosofia da Medicina. Seus primeiros textos são publicados na Revista Archives of History and Philosophy of Medicine. Segundo sua esposa, Ernestina (uma das raras informadoras sobre a produção de Fleck), ele nunca foi só um médico, embora tenha publicado dezenas de artigos exclusivamente sobre patologias(Lowy, 1990). Dedicava

sempre algumas horas de seu dia para ler textos sobre Filosofia, Sociologia e História da Ciência. Teria gestado sua monografia- *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einfuhrung in die Kehre von Denkstil und Denkkollektiv* (Fleck, 1980), ou *La génesis y el desarrollo de un hecho científico* (Fleck-1986) entre 1931 e 1934, mas não a pública na Polônia.

A situação na Polônia/Alemanha tornava-se grave, particularmente para a população judia. Em função disto, e da eclosão da II Guerra Mundial, com a invasão da Polônia pela Alemanha, e também por Fleck ser judeu, entende-se porque sua obra não teve a repercussão merecida. Como consequência da guerra, inicialmente, Fleck assume um cargo universitário em Lwow, mas depois, com a chegada dos alemães, é confinado no gueto judeu de sua cidade, onde vive uma história rica e particular, desde a fabricação de vacinas contra a Febre Tifóide, para soldados alemães, propositadamente não bem sucedidas, até seu resgate por um comando russo do campo de concentração, o que não vem ao caso aprofundar no presente trabalho. Posteriormente, Lwow passa à pertencer à Ucrânia (URSS), e Fleck é nomeado diretor do Depto de Microbiologia do Instituto de Medicina Ucrâniano .

Existe uma concordância entre os autores, que estudam as fontes do pensamento de Fleck, sobre esta trajetória histórica. O problema parece ser o de enfatizar diferenciadamente certos aspectos. Schaffer e Schnelle(Fleck, 1986) apegam-se principalmente à influência do Império Austro- Húngaro e do que isto significava de autonomia, liberdade, participação no Circulo de Viena, interesse pela Filosofia, e as leituras sistemáticas de Fleck. Já Lowy (1990) relaciona a influência de Fleck à Polônia propriamente dita, com seus conflitos internos e guerras de libertação; à afirmação da Polônia enquanto país, recém independente; a sua origem judia, em um país católico preconceituoso em relação aos judeus e, principalmente, a sua origem médica, ligada claramente à Escola Polonesa de Filosofia da Medicina (EPFM), cuja primeira geração inicia suas publicações em Varsóvia em 1870 .

Quando Koch visita a Polônia, além do ensino institucionalizado de História e Filosofia da Medicina, encontra, também, um jornal intitulado_ *Archives of History and Philosophy of Medicine*, publicando matérias relacionadas ao seu título, desde 1924.

O desenvolvimento ímpar que ocorre na Polônia logo após a I Guerra Mundial, vem no bojo de toda uma reforma do sistema de educação e da reconstrução da identidade do país, perdida com decênios de ocupação. A história deste movimento em relação ao ensino, e a forma de pensar a medicina, pode-se localizar na segunda metade do século XIX, mais especificamente com Tytus Chalubinski (Lowy, 1990). O esforço de Chalubinski era encontrar uma base racional para a terapia. Suas reflexões geraram muitos “descendentes”, como Biernacki, Bieganski e Kramsztyk. Este último é o fundador da revista *-Medical Critique-* publicada durante 11 anos (1897-1908), que serviu como instrumento para ampliar as bases da filosofia da medicina.

Muitos dos novos pensadores poloneses da medicina iniciaram sua trajetória como filósofos, historiadores ou mesmo epistemólogos, publicando seus primeiros artigos nesta revista, ou pelo menos, lendo-a ou participando das discussões que ela gerava. Alguns deles, depois da independência da Polônia, em 1918, conquistaram espaços de poder junto ao novo governo que se instalava. Szumoski (um destes médicos-filósofos) assumiu a chefia das publicações do Ministério da Saúde, defendendo fortemente a inclusão das disciplinas de História e Filosofia da Medicina nos currículos médicos.

Outro, Wrzosek, assume a chefia da educação superior no Ministério de Educação em 1920. Wrzosek, além de comungar das mesmas idéias de Szumoski, tinha sido o fundador da revista- *Archives of History and Philosophy of Medicine*. A partir da institucionalização do ensino, pode-se entender bastante o que ocorreu depois na Polônia. Mas quais são as origens disso? Por que os médicos poloneses são atraídos para essa área do conhecimento (História e Filosofia)? As questões fazem-se pertinentes, porque em nenhum outro país da Europa tem-se uma Escola com preocupações nesta área de estudo, nesta época.

Lowy, em seu livro *The Polish School of Philosophy of Medicine* (1990), inicia sua análise com este questionamento, entendendo que tal estudo torna-se bastante difícil, porque a história da Polônia do séc. XIX e início do XX, ainda não se encontra escrita. Por quais motivos, justamente num país periférico em termos de Europa desenvolvida, é que tais coisas aconteceram?

Sua hipótese é de que o interesse pela Filosofia /História da Medicina fosse uma consequência da relativa marginalidade do país, bem como resultado da distância entre as aspirações profissionais dos médicos e as possibilidades práticas de realizá-las.

Depois da divisão da Polônia, em 1795, entre Áustria, Prússia e Rússia (Robert-1995), o sistema educacional deteriorou-se e quem optava por fazer medicina, na grande maioria, estudava no estrangeiro (Áustria ou Alemanha), conseqüentemente, na considerada ciência mais avançada. A volta ao espaço polonês significava a limitação das possibilidades de usar seus conhecimentos e habilidades. Muitos dos médicos famosos na Alemanha e na Áustria eram nascidos poloneses. As dificuldades das figuras centrais da segunda geração de filósofos (Biernacki, Bieganski, Nusbaum), para encontrar um adequado enquadramento na condução de suas pesquisas, ou montar seus laboratórios, correspondem a isto. A ocupação estrangeira fazia-os depender da boa-vontade dos invasores. E, ainda, e talvez principalmente, a maioria da ciência avançada, tinha pouca utilidade quando a maioria dos problemas observados originava-se nas condições sociais da vida dos pacientes.

No século XIX, a maioria dos agricultores e de importantes setores urbanos viviam em extrema pobreza na Polônia. Havia, por isso, uma necessidade muito grande de ações que mudassem as condições de vida conforme constatou R. Virchow (Lowy, 1990) quando foi investigar, enquanto jovem, a pedido do governo da Prússia, uma epidemia de tifo, na Alta Silésia (região da Polônia invadida pela Prússia). Em seu relato, dizia que o único caminho para prevenir futuras epidemias era mudar as condições de vida dos camponeses, providenciando educação adequada e assegurando seus direitos políticos. Foi justamente esse estudo que deixou em Virchow (Rosen, 1980) a convicção de que a medicina era uma ciência social, e os problemas médicos poderiam ser resolvidos pela via política (é importante lembrar que as bactérias ainda não tinham sido "descobertas"). O mesmo Virchow envolveu-se em lutas políticas, participou da revolução socialista de 1848, e dos movimentos pós-48. Foi deputado em 1880. Seus colegas poloneses, entre eles Sniedecki e Schleiden, seus contemporâneos, não tiveram oportunidades semelhantes. Embora muitos comungassem de suas idéias, tiveram que reduzir o foco de suas atividades, inclusive

na própria medicina social⁵. Estes dois últimos médicos citados foram professores de Chalubinski. Schleiden, inclusive, tinha sido companheiro e amigo de Virchow, nos tempos de faculdade, em Warburg.

As condições materiais (políticas e econômicas) da Polônia, dividida e ocupada, criaram as condições para toda essa originalidade. Discussões como: arte versus ciência; relações entre teoria e prática; gênese dos processos patológicos, vistas inclusive como atividade de "lazer", permitiam aos médicos poloneses acompanhar as grandes conquistas, mas também mostrar os limites da revolução médico-científica do séc. XIX.

Alguns desse médicos filósofos são lembrados hoje como grandes médicos do passado, não por serem filósofos. Chalubinski, por ter desenvolvido um "spa"/retiro de saúde, em Zakopane; Biernacki, por ter descoberto o VHS (exame laboratorial utilizado até hoje para detectar presença de patologia orgânica); Bieganski, como pai da medicina social polonesa, mas todos com reconhecimento somente na Polônia. A exceção é Fleck, com seus estudos epistemológicos a partir da década de 1920 (Schnelle, 1986; Cohen, 1986; Fleck, 1988). Ele é visto como pioneiro da tendência construtivista sociologicamente orientada da filosofia da ciência e da abordagem sociológica do estudo da evolução do conhecimento científico e médico (Lowy, 1990). Seu trabalho tem sido bastante discutido, hoje, por filósofos e sociólogos da Ciência (Cohen, 1986). Não se pode esquecer, porém, que ele era médico e que era desta área que emanavam suas teorias. Trabalhava como clínico bacteriologista e na área de rotina de laboratório.

Embora nunca tivesse mencionado em seus escritos, sua ligação com a Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, era um membro ativo do círculo de Lwow, filiado à Sociedade Polonesa de História e Filosofia da Medicina. Além disto, seus primeiros estudos filosóficos revelam que o objeto de sua discussão era o mesmo da Escola Polonesa- os aspectos convencionais da taxonomia médica e a natureza sempre mutante do conhecimento médico, com sua dependência fundamental dos fatores socioculturais.

⁵ A discussão sobre este termo- medicina social- auto-denominado pelo movimento médico europeu do século XIX, que considerava a medicina uma ciência social, estava ligada à proposta de transformação social, dentro das tentativas de revoluções socialistas que ocorreram nesta época. Retomo esta discussão no capítulo III.

Lowy (1990) entende que os estudos das relações entre Fleck e os outros filósofos da Escola de Medicina possam ajudar a entender a epistemologia original de Fleck, marcada pelo contexto sociocultural, histórico e intelectual (como aliás, o próprio Fleck diz que deve ser). Seu pensamento nasce da experiência prática como médico e laboratorista. Isto também é verdade para os outros membros da Escola Polonesa. Todos eles eram médicos, e não filósofos, ou cientistas. Eles exerciam medicina como prática privada e só ocasionalmente conquistavam posições universitárias.

A circunstância deste nascimento residir na prática clínica, tem profundo impacto nas suas investigações filosóficas. Para eles, a medicina não era somente ciência, mas também e, principalmente, a arte da cura. Sua principal meta não era ensinar o que as doenças eram, mas sim o que fazer com elas. Embora discutissem os princípios gerais da ciência médica, interessavam-se mais pela terapia- o mais negligenciado e atrasado aspecto da "nova medicina científica". Seus trabalhos teóricos são ilustrados por inúmeros exemplos de sua prática diária. Isto traz uma orientação que estimula a discussão de objetos como: reducionismo versus totalidade; métodos de avaliação de novas terapias; os aspectos psicológicos e sociológicos da doença; a ética médica, entre outros. É interessante destacar que estes assuntos estão presentes na discussão entre os estilos de pensamento em SPB, de que trato no capítulo IV. O centro da discussão dos médicos- filósofos, no entanto, era : é a medicina uma ciência ou uma arte?

Encontram-se muitas respostas para essa questão. A maioria dos médicos da EPFM afirma a legitimidade da prática clínica e demonstra que a atividade orientada para a terapia não é inferior à pesquisa científica fundamental. Mas, por que tanto empenho em demonstrar isto?

A maioria dos profissionais de qualquer campo não precisa provar isto. Kramsztyk (Lowy, 1990) já afirmava que o trabalho do engenheiro é baseado no conhecimento de física, e ele é julgado pela qualidade do edifício, não pela sua contribuição teórica à física. Para os médicos, em geral, isto era considerado de forma diferente. Desde o séc. XIX, desenvolveu-se uma imagem em que só era considerado bom médico aquele que contribuía para o conhecimento científico. E por que são os médicos diferentes dos outros profissionais?

Bieganski, Biernacki e Kramsztyk (Lowy, 1990) explicam que essa tendência foi desenvolvida na segunda metade do século XIX, resultando em modificações tanto do conhecimento, como da prática médica. Uma das mais importantes conseqüências da importação dos métodos científicos para a medicina foi o crescimento da visão de que a maior parte da terapia usada até então, era, se não danosa, certamente pouco eficaz. O reconhecimento disto, provavelmente, redefiniu o papel do médico.

Na maioria das profissões, busca-se a gratificação diretamente com os clientes. Essa gratificação é paralela à gratificação obtida pelo "grupo de referência", pelos "pares profissionais". As leis do sucesso profissional, portanto, tornam necessário ser hábil para atrair muitos e poderosos clientes, e ser reconhecido pelos colegas de profissão. Normalmente, assume-se que um grande sucesso com os clientes reflete um alto nível profissional, e que a pressão por eles exercida, em busca da demanda de melhores serviços é um estímulo para o sucesso profissional.

Esta lógica é assumida pelas áreas que confiam no conhecimento científico, como a agronomia, arquitetura, engenharia, mecânica, entre outras. Nestas profissões, o constante progresso precedeu a revolução científica e a incorporação de suas realizações ao conhecimento profissional. Depois, no entanto, as pesquisas científicas foram seguidas de progressos significativos (por exemplo, botânica para a agricultura, química para a indústria têxtil). Isto não invalidou a experiência prévia acumulada empiricamente. Na medicina este processo ocorreu de forma diferente (Lowy, 1990).

No final do séc. XIX, graças ao progresso das ciências fundamentais, os médicos notáveis, gradualmente perceberam que muitos dos "provados" tratamentos, que por séculos satisfizeram os pacientes, eram de fato daninhos. A introdução das ciências na medicina levou a conclusões que auxiliaram muito os diagnósticos, mas muito pouco progresso trouxeram para "a arte da cura". Os mecanismos internos de funcionamento asseguram sucesso para as outras disciplinas, mas para a medicina são insuficientes. Esta análise levou os "líderes" da profissão médica a voltarem-se para um grupo de referência externo: os cientistas. A percepção foi a de que eles poderiam assegurar o progresso da medicina, mas, também, a de que os médicos não poderiam

contar para sempre com um grupo externo para avaliação e gratificação. Logo, um novo ideal e um novo papel profissional é desenvolvido - o Médico-Cientista. Ser bom médico significava ser um bom diagnosticador. É preciso fazer ciência com as doenças, não importando mais o bem-estar do paciente, e sim o reconhecimento pelos pares cientistas. Essa lógica, entretanto, não foi aceita por todos, e isso parece ser o ponto de partida para os médicos poloneses, que refutaram a aceitação acrítica das idéias da chamada medicina científica.

Isto pode ser simbolizado por pensadores da educação médica, como Chalubinski, Bieganski, Biernacki e Kramsztyk, que estavam conscientes da crise da terapia tradicional e reconheciam a importância da medicina "científica", mas relutavam em admitir que a medicina pudesse ser reduzida à ciência da patologia, da busca pelo diagnóstico, sem preocupação com o tratamento. Além disto, sua atuação em um país periférico e ocupado, com intensa pobreza, e necessitando da medicina social, não lhes dava possibilidade de aceitar outro papel que não o de um "prático". A necessidade de legitimação desse, supostamente, secundário papel, foi o estímulo para as reflexões originais da especificidade da atividade médica e o eixo central dos debates da filosofia da medicina (Lowy, 1990).

É justamente neste contexto que pôde emergir um pensamento original, representado pelas idéias que mais tarde florescem em Fleck, um membro da quarta geração de médicos-filósofos poloneses (Lowy, 1990), analisando a partir de exemplos tirados da medicina, como se dá a construção do conhecimento, através do binômio Estilos / Coletivos de Pensamento.

II.2.1 Os médico-filósofos da Polônia

Lowy, em seu livro, *The Polish School of Philosophy of Medicine*(1990), apresenta, cronologicamente, cada autor /pensador importante da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, seu contexto, sua produção, bem como realiza uma síntese do pensamento do autor focado. Após essa apresentação, ela seleciona um ou mais textos de cada autor examinado, demonstrando os porquês de sua análise.

Como o objetivo deste capítulo é o de tentar perceber a Escola Polonesa como uma das fontes, a mais importante, para o pensamento de Fleck, a intenção será,

junto a cada autor (os médicos-filósofos), localizar pontos que poderiam colaborar para vislumbrar as bases da epistemologia de Fleck, bem como a contribuição destes médicos para a compreensão dos estilos de pensamento em SPB. Como sua contribuição trata também de muitos pontos que estão sendo discutidos em educação médica, hoje, e, em última instância, meu trabalho está relacionado a este campo, tentarei chamar a atenção para alguns destes pontos.⁶

Tytus Chalubinski (1820-1889) é usualmente visto como o fundador da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina. Dos médicos-filósofos, Wrzosek é um dos únicos que não lhe confere este "status", optando por motivos a serem examinados depois, por Sniedecki, colega de Virchow. Em verdade, Sniedecki foi professor de Chalubinski, e considerado um dos pais da teoria química da vida, baseada em assimilação/desassimilação, mas não publica sobre filosofia.

Chalubinski inicia seus estudos de medicina em 1838 em Vilnaus, área ocupada pela Rússia, que fecha a Universidade em 1840. Para completar sua formação, vai para a Alemanha. Lá, interessa-se por filosofia e história da ciência. Suspende seu curso de medicina e faz uma tese sobre a descoberta da reprodução sexual das plantas. Termina seu curso em 1846. É importante assinalar que nesses últimos anos de curso, ele foi aluno de Schleiden, que tinha sido companheiro de Virchow em Wusburg.

A intenção de chamar a atenção para este acontecimento, é de relacionar a EPFM ao movimento de medicina social que acontecia na Europa, acoplado às tentativas de revoluções socialistas e do qual Virchow era um personagem destacado.

Em Varsóvia, continua estudando história da botânica e trabalhando no Hospital Evangélico. Lá, em 1847, Chalubinski assume as funções de professor de medicina interna. Em 1857, assume a cadeira de Patologia e terapias específicas da Academia médico-cirúrgica de Varsóvia que, em 1862, vem a tornar-se Universidade. Chalubinski teve muito sucesso como médico, atendendo as grandes personalidades de Varsóvia. Simultaneamente dava consultas grátis para os pobres e era o único médico que tratava de judeus pobres sem cobrar. Sua atividade clínica foi

⁶ Os textos citados têm seu original escrito em inglês e a tradução foi realizada por mim.

grandemente perturbada pela Insurreição Polonesa de 1863 e terminou em 1873 pela intervenção russa na Universidade.

É somente em 1874, um ano após ter deixado de ser professor, que publica seu livro – *The Method of Finding Therapeutic Indications*. Neste livro, sumariza suas idéias de Ciência Médica e da arte da cura. Critica os métodos usados anteriormente e satisfaz as necessidades prementes dos médicos, carentes de publicações, com indicações terapêuticas consistentes para aquele momento histórico.

As bases em que seu livro assenta são: uma visão da medicina de uma forma não fragmentada, e a visão da doença como uma perturbação do funcionamento normal. Define-se como materialista, acreditando em leis físico-químicas para explicar a vida. Mas rejeita o reducionismo da física/química, adotando uma explicação mais ampla do fenômeno biológico. Caracteriza cada indivíduo como entidade única e considera que o papel do médico é colaborar com a restauração do equilíbrio perdido pelo organismo em consequência da doença. Cada perturbação, segundo ele, depende das características de cada organismo. Adota uma visão construtivista das doenças e rejeita o modelo de que a doença seja um fenômeno que possa existir fora de um corpo. Afirmava não existir duas epidemias idênticas, nem dois casos de doença idênticos.

Não esquecer nunca, que não se tratam doenças, mas pacientes.
(Chalubinski, T. In Lowy, 1990, p.17).

Este entendimento colocava-o numa posição de crítico às estatísticas médicas, na nascente epidemiologia, tentando preservar a especificidade dos indivíduos doentes. Esta discussão aparecerá no EP- Epistemologia e Saúde, no capítulo em que analiso os EPs em SPB (cap. IV.1.4.2). Na época em que Chalubinski escreve, no entanto, no conceito fleckiano, surgia como proto- idéia, pois só voltaria a ser retomada quase cem anos depois.

Propõe Chalubinski que não existem doenças-entidades, mas doenças-momento. Nega os tratamentos gerais, que seguiam um receituário de o que dar e como dar. Seu método, portanto, era por um lado uma reação a este modelo, mas também uma reação ao chamado nihilismo terapêutico.

O nihilismo terapêutico pregava a necessidade de transformar a medicina numa ciência exata e defendia a existência de alguns medicamentos “heróicos”. Embora seu livro fosse ligado à terapêutica, sua preocupação com a investigação científica era evidente. Como vivesse na Polônia e não tivesse contato com os progressos da fisiologia, histologia e patologia celular, ficando ligado aos preceitos da biologia e da arte da cura, ficou esquecido. Só a segunda geração de filósofos resgata-o como homem do seu tempo científico.

Lowy (1990) tem a preocupação de resgatar as idéias que fecundaram na Escola Polonesa de Filosofia da Medicina e utiliza textos dos autores examinados, que ela julga fundamentais para captar a essência do seu desenvolvimento. As páginas assinaladas após as citações dos autores correspondem ao livro de Lowy. A preocupação desta pesquisa é resgatar nas análises de Lowy, bem como nos textos selecionados por ela, as bases do pensamento que constituem, a meu juízo, a matriz do que iria, mais tarde, desabrochar em Fleck. Ou dito de outra forma, conhecendo os textos de Fleck e entendendo sua epistemologia, esta pesquisa tenta localizar onde, nos antecessores de Fleck, aparecem as idéias que ele irá desenvolver, utilizando as análises de Lowy(1990) e os textos selecionados por ela dos autores da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina(EPFM). Subsidiariamente, localizo também a contribuição destes autores para a discussão dos EPs em SPB.

O texto que Lowy(1990) utiliza para sua análise a respeito de Chalubinski é um capítulo de seu livro publicado em 1874, *The Method of Finding Therapeutic Indications*, onde aparecem, entre outras idéias já citadas, as seguintes, que também vamos encontrar em Fleck, posteriormente:

— *Cada nova geração criticará a velha. A ciência é mutável, conforme cresce o conhecimento.*(Lowy: p.35)

— *Ninguém tem o direito de produzir dogmas...*(Lowy:p.35)

— *Cada escola, modo de pensar, instila o mais forte possível na formação de jovens médicos.*(Lowy: p.36)

— *As doenças como construções didáticas dos médico.* (Lowy: p.15)

Estes excertos, mais a concepção materialista da ciência; a complexidade do pensar médico, com sua necessidade de resposta imediata; a visão da saúde em suas múltiplas dimensões e a presença da história no conhecimento humano, estarão presentes como premissas fortes no pensamento de Fleck, conforme se verá mais adiante. Mas não somente em Fleck. O estilo de pensamento que denomino epistemologia e saúde e que detecto na ENSP, a partir de 1990, tem idéias muito semelhantes, principalmente nas teses de Uribe Merino e Castiel (1990, 1993), conforme análise realizada no capítulo IV.

Chalubinski, então, pode ser considerado o precursor da EPFM. A partir dele, já se caracteriza o que Lowy chama de segunda geração de médicos- filósofos.

Biernacki (1866-1911--) completou seus estudos de medicina na Universidade de Varsóvia, tendo inclusive recebido medalha de ouro por trabalho científico enquanto estudante. Depois disso, trabalhou um ano no hospital universitário e foi completar sua formação em fisiologia e hematologia na Alemanha e na França. Tentou, no seu retorno, trabalhar em universidade, mas não conseguiu. Iniciou, então, seu trabalho simultaneamente em hospital e clínica privada. Continuou seus trabalhos como pesquisador, e os poloneses atribuem a ele a descoberta da sedimentação sanguínea, em 1894. Publicou ao todo três livros de filosofia da medicina. O primeiro deles, em 1899 – *The Essence and Limits of Medical Knowledge*, foi muito criticado pelos médicos, o que lhe valeu uma transferência para Lwow. Neste livro, Biernacki separa, absolutamente, a ciência teórica da patologia do conhecimento prático da cura. Esta era a questão que a segunda geração de médicos- filósofos mais gostava de discutir. Mas a posição de Biernacki colocava-o como muito radical. Em 1901, obtém posição universitária e, em 1902, inicia a cadeira de Patologia na Universidade de Lwow.

É interessante notar que a chamada medicina científica é justamente a junção da Anatomia, da Fisiologia e da Bacteriologia com a Patologia. Sendo que esta última só passa a ser reconhecida como disciplina ao final do séc. XIX. Biernacki, no entanto, mesmo contestando a Patologia, vem a ser professor desta matéria, sendo inclusive indicado para a titularidade da disciplina de Patologia Geral em 1908. Seus outros dois livros intitulados- *Chalubinski and the Present Goals of Medicine* e *The*

Principles of Medical Understanding, publicados entre 1900 e 1902, são melhor aceitos (Lowy, 1990). É verdade que nestes, Biernacki busca mais interações e abandona o tom radical de seu primeiro livro.

As principais idéias que desenvolve em seus livros são decorrentes do conflito terapia versus diagnóstico. Desenvolve a noção de causalidade para os dois pólos da discussão, detectando a complexidade de ambos, e afirmando a impossibilidade de leis gerais para a medicina. Afirma, finalmente, que terapia não é ciência exata, porque vai depender das características de cada paciente.

Vamos encontrar em Fleck a retomada da discussão da complexidade do ato médico e o questionamento sobre o que é ser exato em Ciência, uma variável relacionada a seu tempo histórico.

Biernacki assinala, ainda, em suas obras outros pontos que vale a pena destacar, considerando que a pesquisa busca nestes autores as bases do pensamento de Fleck. A preocupação de Lowy é resgatar a produção da Escola, para pensar as Ciências em geral, sem uma preocupação de correlacioná-las com Fleck. Esta é minha preocupação. Então, dos textos assinalados pela autora, retiro excertos que correlaciono com o pensamento de Fleck. Lowy selecionou um capítulo do primeiro livro publicado por Biernacki (Lowy, 1990) para caracterizar essas idéias:

A personalidade do médico é fator decisivo para a cura dos doentes, porque estes últimos são dependentes dos fatores psicológicos e da realidade social..
(Lowy: p.44)

Diz, ainda, que... *fazer Ciência é resolver "puzzles"...*(Lowy: p. 45), idéia que será resgatada anos mais tarde por Kuhn(1992).

Questiona, finalmente, a busca de regularidades na medicina. Afirma que *no fenômeno doença não há regularidade. Cada pessoa é diferente* (Lowy: p.43). Aqui temos outra idéia que aparece na tese de Castiel(1993) no EP-Epistemologia e saúde, discutido no capítulo IV.

Afirma que *...treinar médicos é mais que razão, é treinar os sentidos...*(Lowy:p.45)

Marca também as diferenças entre a ciência (das doenças) e a arte(de curar) na pagina 38 (Lowy, 1990).

Algumas destas afirmações serão retomadas com ênfase por L.Fleck(1986), quando ele desenvolve a relação do fazer Ciência com a Gestalt, e quando afirma a íntima relação entre a psicologia e a construção de EPs.

Outro membro da segunda geração é Wladislaw Bieganski (1857-1917). É lembrado na Polônia como o pai da Medicina Social polonesa. Estudou medicina em Varsóvia, mas freqüentemente aborrecia-se com o currículo médico, estando mais interessado em estudos de filosofia e participando de concursos no departamento de filosofia de sua universidade. Após sua graduação, trabalhou dois anos no interior da Rússia, onde conviveu com as dificuldades de um médico recém-formado trabalhando em área rural. Em 1882, foi estudar mais medicina em Praga e Berlim. Estabeleceu-se, por fim, numa cidade de província que se tornava um importante centro industrial. Isto o levou a trabalhar em medicina ocupacional, defendendo interesses dos trabalhadores e mostrando as diferenças de patologia conforme a classe social.

Esta relação patologia/ classe social, comum ao movimento de medicina social, reforça o entendimento da ligação da EPFM com o mesmo. Também é interessante notar que o pensar saúde e trabalho, com esta lógica, só vai aflorar enquanto EP, na ENSP, na década de 1980 (conforme análise no capítulo IV).

Desde 1890, Bieganski conseguiu juntar seus interesses, a medicina e a filosofia, dedicando-se muito à filosofia da medicina. Publicou dois livros importantes sobre o tema: *The Logic of Medicine* (1894) e *General Problems of the theory of Medical Sciences*(1898). Em 1908, ele republica uma edição modificada de seu primeiro livro. Mas, é a partir de 1897 que vai desinteressando-se pela prática médica, mantendo apenas alguns pacientes privados até o fim de sua vida, para dedicar-se especificamente à filosofia. De 1903 a 1918, edita vários livros sobre Lógica, Ética e Teoria do Conhecimento. Todas as idéias da filosofia de Bieganski encontram suas raízes nas reflexões sobre Biologia e Medicina.

Sem dúvida, é no seu livro de 1894 que ele tenta deixar explícita a base científica da medicina. Seu ponto de partida foram as reflexões sobre o livro de Chalubinski.

Bieganski era um crítico severo da maneira como vinha se pensando a prática médica. Criticava os médicos por confundirem hipóteses com fatos; a medicina,

sem entender História; a medicina científica, por faltar com a ética e a super especialização médica, principalmente nas bases em que era feita.

Ele localiza, já, sem usar o termo, três estilos de pensamento distintos na medicina. O médico-cientista, o médico terapeuta e o médico-preventivo. Sua base para se opor à forma como atuava a medicina alemã, era porque esta colocava o foco das atenções na doença e não no paciente. O paciente passava a ser "material de investigação". Daí, o risco e a prática de experimentos não éticos. Assustava-se, por entender que esse era o modelo predominante e que, na formação dos jovens médicos, estes se sentiam atraídos a fazer este tipo de prática para serem considerados cientistas. Isto, sem dúvida, os afastava de estudar Chalubinski, ou mesmo outros autores que tratassem de terapêutica.

Entendia que os métodos usados pela ciência eram muito válidos, mas não para a medicina. Por outro lado, tendo noção dos limites da terapêutica, apregoava que o futuro da medicina estaria na medicina preventiva. Os seus críticos consideravam sua visão idealista, e chamavam-no de "previsionista".

Os aspectos que parecem mais importantes de assinalar no texto selecionado por Lowy(1990) dizem respeito, por um lado, às características que parecem base para o pensamento de Fleck e, por outro, à atualidade de algumas questões que Bieganski levanta para a medicina de hoje, com as discussões levadas a cabo pelos fóruns médicos brasileiros e internacionais. O texto utilizado é um capítulo do seu segundo livro (*General Problems of the theory of Medicine*).

Bieganski cita Virchow (Lowy: p.85), comprovando a ligação dos aspectos epistemológicos da medicina com a medicina social.

Desenvolve um raciocínio, que parece importante, em relação à especialização médica. Se a doença desencadeia uma série de eventos, e se um sintoma pode significar diversos tipos de doença, a especialização, baseada na anatomia (segmentos do corpo), ou na etiologia, mais prejudica do que ajuda os pacientes. Relata que o que o paciente tem são sintomas, e o que ele quer é terapêutica. (Lowy: p.105)

O ponto fundamental, em que se localiza uma "fonte" para Fleck, é quando Bieganski afirma que os cientistas já trabalham com "verdades anteriores", sendo toda

a visão científica uma visão com enfoque particular. Não existiria o “fato”, mas uma visão sobre o que parece estar ocorrendo, compatível com a história. Nem a aproximação com o objeto dar-se-ia de forma “neutra”(Lowy: p.113). Nota-se, aqui, uma preocupação em contestar o positivismo nascente nesta época. Preocupação que vai ser retomada por Fleck, alguns anos depois, com lógica semelhante, reforçando o ponto de vista de Lowy, de que a EPFM é uma das bases mais importantes para a lógica fleckiana.

Kramsztyk, embora seja mais velho que os médicos filósofos de sua geração, enquadra-se na segunda geração por ter sido aluno de Chalubinski (aliás, era considerado seu melhor aluno). Formou-se em Varsóvia no começo dos anos 70, e especializou-se em oftalmologia, primeiro em Varsóvia, depois em Viena e Berlim. Era filho de rabino judeu. Seu pai era militante ativo da integração dos judeus à sociedade polonesa.

Kramsztyk cresceu, desta forma, em família ativista politicamente, tendo todos os seus irmãos se engajado em movimentos pela libertação da Polônia e pela integração dos judeus, preservando sua identidade cultural. Sua especialização em oftalmologia era justificada por ser uma das áreas menos afetadas pela revolução científica e, também, por tratar dos pacientes levando em consideração os aspectos físicos e psicológicos. Durante toda sua vida, não abandonou a prática da medicina clínica. Mas, além da medicina, e da filosofia da medicina (a partir da prática médica), era editor de revistas médicas, escrevia ensaios de literatura e era membro ativo da Sociedade de Amantes da Natureza de Varsóvia, tendo sido um dos fundadores do Zoológico de Varsóvia.

Independente do conteúdo de seus artigos ou livros, de grande importância para o entendimento de Fleck, sua maior contribuição para a Filosofia e História da Medicina foi a criação do jornal - *Medical Critique*-, que manteve durante onze anos. É neste jornal que encontram-se as discussões travadas no seio da filosofia da medicina, em todos os seus aspectos. É a cristalização do pensamento da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina. Lowy (1990), em um dos capítulos de seu livro, analisa a história deste jornal. Alguns comentários serão feitos a respeito dessas publicações, após a apresentação da síntese dos autores.

Kramsztyk parece ser uma das fontes mais importantes para as idéias de Fleck, tanto pela sua originalidade, como pela síntese que faz dos outros autores e, ainda, pela sua crítica a eles. O dilema: "É a medicina uma ciência ou uma arte?", não era das suas maiores preocupações. Para ele, era uma arte (craft/ofício). Era um conhecimento prático, não uma ciência. Entendia que toda a ação humana depende do conhecimento, e o conhecer dependia do fazer. Conhecimento, ciência era ponto de partida, não o objetivo.

A medicina, para ele, era só parcialmente baseada no conhecimento científico, mas isto também era verdade para outras aplicações técnicas do conhecimento. Este fato não transforma esta aplicação em ciência. O objetivo da ciência e da técnica são diferentes. Um engenheiro é julgado pela qualidade de seu concreto(cimento e areia) e não pelo seu conhecimento da física. Para Kramsztyk a tendência moderna de priorizar os aspectos científicos na medicina traziam um impacto negativo para a profissão.

Lastimava o fato de os jovens médicos que iam trabalhar no interior tivessem "sua cabeça cheia" de anatomia e histologia, sem o conhecimento técnico/prático de sua profissão. Dizia que as Faculdades de Medicina estavam produzindo um expressivo número de frustrados pseudo-cientistas. E que a diferença entre um bom e um mau médico não estava no conhecimento científico a mais, mas na habilidade de dar suporte psicológico para seus pacientes. Isto não significava, para ele, uma negação à ciência, muito pelo contrário, mas fazia questão de diferenciar as duas coisas.

Afirmava, por exemplo, que o edifício do conhecimento em medicina era construído por cientistas, não por médicos. E quem descobre, devota a vida à pesquisa, não à prática médica.

Publicou dezenas de artigos, tanto na *Medical Critique*, como em jornais médicos ou de filosofia, ou na *Archives of the History and Philosophy of Medicine*, espécie de publicação oficial das idéias da EPFM. Mas sua principal obra, composta de vários textos diferentes, intitula-se: *Critical Notes on Medical Subjects*. Lowy selecionou quatro pequenos textos(1990): *Rational Treatment; Is Medicine an Art or a Science?; A Clinical Fact e On Being Up- to- date*. Neles, é possível encontrar a essência do

pensamento de Kramsztyk e o que parece ser a grande matriz onde Fleck foi buscar suas idéias. Desenvolve questões diversas, mas todas com um fio condutor: sua forma de entender a construção do conhecimento, em princípio para a medicina, mas com muita validade para a ciência em geral. Uma síntese dessas idéias pode ser apresentada da seguinte forma:

Não existe observação neutra. Ela depende das idéias a priori do observador. No processo de investigação as idéias pré-concebidas modificam o mundo externo. O cientista não é um tabuleiro em branco (Lowy: p. 127);

O objeto de investigação também modifica o observador. (Lowy: p.127) Ele está falando, portanto, de relação biunívoca entre sujeito e objeto. Esta discussão está presente nos EPs da chamada Saúde Coletiva, em especial no EP Educação em saúde, que analiso no capítulo IV. Kramsztyk diz, ainda, que toda dedução tem antes uma indução, e que

A medicina não tem medidas de identidade, somente similaridades....(Lowy: p. 127).

Em função disto, questionava severamente o uso da estatística em medicina. Havia-se que preservar o caráter individual de cada caso. Ao mesmo tempo, dizia que os médicos só se utilizavam da estatística para ver o que queriam a priori. Com este tipo de afirmativa, não pretendia desvalorizar a estatística, somente demonstrar a dificuldade de transposição de uma linguagem científica para outra (Lowy: p. 129).

A partir daí, afirmando que o pensar do médico é diferente, em função da complexidade do fenômeno doença/vida, diz que a dificuldade de traduzir uma ciência para outra linguagem é grande, porque ambos os grupos são portadores de conhecimentos diferentes (Lowy: p. 129). Este entendimento colocava-o numa posição de crítico às estatísticas médicas, na nascente epidemiologia, tentando preservar a especificidade dos indivíduos doentes. Antecipava, desta forma, uma das premissas fundamentais de Fleck, quando caracteriza os EPs como incomensuráveis entre si (termo de que Kuhn se apropria em 1962, em seu livro – *A estrutura das revoluções científicas*), e que retomo como uma das formas importantes de detectar EP diferentes

(a dificuldade em traduzir linguagens). Kramsztyk tinha, já, uma preocupação em minimizar os efeitos ruins desta incongruência.

A saída, para ele, estava em trabalhar inter-disciplinarmente, (...) *mesmo porque não existe profissão isolada uma da outra. O desenvolvimento de uma modifica/contribui com a outra(...)*(Lowy: p. 153).

O seu questionamento sobre a forma de educar em medicina envolve todos estes fatores, mas ressalta com muita ênfase a importância da História. Diz que para o cientista, a ciência é imóvel, mas para o historiador é um rio de corrente rápida. Reclama que (...) *o culto ao presente, em Ciência (sem História) apaga a mente e ofende a dignidade humana. Só a história das mudanças de visão do mesmo fenômeno é que dá luz para as idéias do presente(...)*(Lowy: p. 131).

Afirma que a dúvida / a hesitação / a não certeza são fundamentais para o médico (e para o Cientista). E, tanto para o médico, como para o cientista, ele lembra: *a ciência não é a única necessidade da humanidade. Felicidade é necessidade maior* (Lowy: p. 145).

Pelos fragmentos assinalados, conclui-se que, a partir das idéias de Kramsztyk, pode-se pensar em várias das premissas de Fleck, que serão analisadas no próximo sub-título sobre os estilos de pensamento em Fleck. Além disto, há que se assinalar a pertinência de tal discussão com a que hoje se processa na educação médica, publicada em revistas como a da ABEM, com temas tais como: A importância da História ; A dificuldade de comunicação entre uma ciência e outra / As diferentes formas de pensamento ; O cientista- médico com um modo próprio de pensar, e a necessidade do trabalho com as outras profissões / Os círculos eso e exotéricos; A complexidade e a diferença do pensar em medicina; A inexistência de um pensar livre de pressupostos ; A relação sujeito-objeto; A imposição de uma forma de pensar (coerção de pensamento), entre outros.

Fleck parece efetivamente ser um sistematizador das idéias que vinham se desenvolvendo na Escola Polonesa de Filosofia da Medicina. E isto não desmerece a originalidade de sua obra, pelo contrário, dá um sentido mais profundo e coerente com tudo que ele mesmo defende: o cientista como um ser histórico.

A publicação do jornal *Medical Critique* é suspensa onze anos após seu início e Kramsztyk, seu editor, deixa apenas uma curta mensagem de agradecimento aos colaboradores e leitores, dizendo-se surpreso pelo longo tempo de duração do jornal. Ocorre que, nesta época, na Polônia, estava muito vivo, entre outros, o conflito Polônia –Rússia: Poloneses versus judeus e suas idéias(da EPFM) versus as dos outros médicos. Quando a Sociedade Médica de Varsóvia passa a negar a inscrição de novos médicos judeus, Kramsztyk desliga-se da mesma e, com este entendimento deixa de publicar o jornal. Funda, então, uma outra sociedade, cuja intenção era a de que não apresentasse os sectarismos anti-semitas, a Sociedade para Medicina Social.

Durante os onze anos de duração do *Medical Critique*, publicaram-se diversos artigos de Biernacki, Bieganski e Kramsztyk. Alguns deles, falando em Chalubinski. De certa forma, isto caracterizava a sua importância e mostrava a existência de uma segunda geração de médicos-filósofos. O jornal, que durou de 1897 a 1907, tinha uma clara orientação voltada para a medicina social, sem usar o termo, mas já a considerando como relacionada ao social, e não uma ciência social. O jornal era aberto o suficiente para admitir orientações distintas. Hoyer, por exemplo, embora tivesse pressupostos diferentes dos autores anteriores, publicou, entre 1897 e 1899, vários artigos sobre História e prática médica.

A formatação do jornal apresentava sete divisões inicialmente: 1) Reflexões teóricas sobre assuntos médicos ou biológicos; 2) História da medicina; 3) A educação dos médicos e os problemas da profissão médica; 4) Biografia de médicos; 5) Avaliação crítica de artigos e publicações médicas; 6) Notas sobre linguagem médica- manutenção da língua polonesa como forma de resistência; 7) Novidades médicas e problemas correntes. A partir de 1900, foram criadas mais três seções: 8) Higiene pública e hospitalar; 9) Linguagem médica e 10) Novidades médicas- esta última, em pequenas notas.

Justamente em torno de 1900, a ênfase passava a ser nos problemas de educação médica. Critica a ênfase teórica dos novos currículos, a falta de prática, denuncia o mercantilismo e a falta de honestidade profissional. O jornal abordava, também, o estado negligenciado dos hospitais, a falta dos meios terapêuticos apropriados, e constatava a pobreza da maioria dos pacientes. Sobre a medicina

polonesa, a constatação era de atraso, falta de originalidade, provincianismo das pesquisas biomédicas e propostas para a superação destes problemas. Mais que um jornal teórico, punha a nu a problemática da medicina e dos médicos na Polônia, e simbolizou um tempo de afirmação para a EPFM, antes da exacerbação do conflito entre médicos judeus e não judeus. Quando cessa sua publicação em 1907, em função dos motivos apresentados na súpula do Kramsztyk, há uma tentativa de criação de um semanário, que não teve a repercussão esperada.

O *Lwow Medical Weekly*, fundado no mesmo ano, 1907, pretendia substituir o *Medical Critique*. Foi editado por Bieganski, o próprio Kramsztyk, o filósofo Kasimierz Twądowski (fundador da Escola de Filosofia de Lwow) e Szumoski (iniciando aí sua participação na Escola), mas teve curta duração. Como o papel das reflexões médico-filosóficas era muito restrito, é somente por volta de 1911 que encontra-se uma continuidade das discussões do *Medical Critique* (publicadas como suplemento desta publicação). Para generalizar, pode-se dizer que houve um vazio de publicações até 1924, quando Adam Wrzosek funda a revista *Archives of History and Philosophy of Medicine* (AHPM).

Em seu primeiro número, a revista *AHPM* propõe-se a resgatar Chalubinski e os estudos de Biernacki, Bieganski, Kramsztyk, Hoyer e outros, com a intenção formal de resgatar o espírito da *Medical Critique*, assinalando que suas idéias ainda não tinham perdido a relevância. Mas a verdade é que a análise da terceira geração, que iniciava aí sua participação, mostrava um gradual abandono da discussão nascida da prática, em favor de uma abordagem mais de filosofia e história da medicina.

Henryk Nusbaum era o único dos médicos-filósofos que tinha sido fundador do *Medical Critique* e era também do editorial da *AHPM*., embora Wrozsek também tenha publicado no *Medical Critique*.

Os personagens desta terceira geração são também contemporâneos de Fleck. Como meu objetivo é centrar a análise da importância da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina como uma das principais fontes para as idéias de Fleck, vou tentar localizar, nesta terceira geração, aqueles que, por sua discussão, possam ter contribuído para essas idéias. É bom lembrar que as primeiras publicações de Fleck

sobre epistemologia datam de 1926, e o livro, que contém a maior densidade de sua contribuição, foi editado em 1936.

Nusbaum(Lowy-1990) pode ser considerado o símbolo da transição da segunda para a terceira geração. Filho de família judia ativista pelos direitos de integração judia à sociedade polonesa, estudou medicina em Varsóvia, tendo buscado reforço para sua formação em fisiologia e química fisiológica em Viena, Berna e Paris. Tentou várias vezes posições universitárias, mas nunca as conseguiu. Mantinha, então, uma clínica privada, onde trabalhava como neurologista e dividia seus interesses com a filosofia. Como era um ativista do movimento pela integração dos judeus à Polônia, era malvisto tanto pelos poloneses como pelos judeus. Ele decide, em 1918, converter-se ao catolicismo e, a partir daí, em 1920 (já com 71 anos) é permitida sua entrada na Universidade de Varsóvia, onde, em 1923, torna-se professor honorário de História da Medicina .

Seu objeto de análise não era a prática médica, mas a ciência médica, vista por ele como parcialmente ligada às Ciências Biológicas e sujeita, portanto, às mesmas leis causais das Ciências Naturais. Em 1895, escreveu vários artigos que foram publicados no *Medical Journal*, sobre o tema "Medicina, arte ou ciência". Afirmava que era os dois, ou seja, era uma ciência aplicada. Só trinta anos mais tarde publica, já na revista *AHPM* , outra posição. Para ele, então, medicina tinha três definições:

Era uma ciência fundamental, por isto, ligada às ciências biológicas; era ciência aplicada, porque era nascente e, na parte da terapia, oriunda da química e física; era uma arte, porque prevenia e aliviava o sofrimento humano.

Fleck, anos mais tarde, embora não entrando nesta discussão, quando conta a história do conceito de sífilis, discute essas origens, biológica, química, física e astrológica, conforme os momentos históricos.

Voltando a Nusbaum. Isto separava, de alguma forma, a clínica da pesquisa fundamental biomédica. Ele entendia que os médicos precisavam estudar filosofia para entender o fenômeno da vida. Em um livro seu, intitulado *Philosophy of Medicine*, sobre história da evolução do conceito de vida, editado em 1926, Nusbaum não faz nenhuma referência à existência da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina.

Cada vez mais distante deste ideário, claramente desvincula-se da Escola, após o término da I Guerra.

Já Trzebinski(Lowy-1990) entendia que suas idéias eram estreitamente ligadas à EPFM. Era professor de História e Filosofia da Medicina em Vilnaus. Embora não tenha escrito artigos para o *Medical Critique*, por despertar para o tema somente mais tarde, na *AHPM*, ele compensa. Sua proposta passava por resgatar todos os autores da Escola, estudando criticamente suas idéias à luz dos novos “descobrimientos” da biologia e da medicina. Seus interesses relacionavam-se também ao estudo da racionalidade e superstição em medicina.

Refutava a visão de oposição entre a racionalidade da medicina moderna baseada na aquisição tardia da ciência, com a irracionalidade da medicina antiga. Ele afirmava que toda terapia é perfeitamente racional ao seu tempo histórico. Quando o dogma, no qual a terapia é baseada, é rejeitado, a mesma terapia torna-se irracional. Em medicina, o absurdo, às vezes, é só uma questão de estar em desacordo com as opiniões dominantes de um certo período. Nota-se, aqui, num contemporâneo de Fleck, uma mesma preocupação com o que parece ser a incongruência entre EPs e, também, uma das categorias que Fleck desenvolve em seu livro, a das proto-idéias (que surgem, não se estabelecem enquanto EPs, mas a posteriori podem ou não ser resgatadas, quando a Ciência se desenvolve noutra direção) e a questão da verdade enquanto relacionada a um EP e a um momento histórico.

O artigo, onde Trzebinski defende essas idéias, foi publicado em 1924. Portanto é válido pensar que uma das matrizes importantes para as idéias de Fleck (Cohen-1986) pudessem estar representadas por ele. Lembrando novamente : quando Fleck resgata a história da sífilis, é exatamente o mesmo tipo de afirmação que o orienta. Cada raciocínio é uma verdade adequada a seu tempo histórico.

Para Trzebinski, a excessiva fé na racionalidade (para ele, ideologia) freqüentemente induz a erros na observação (Lowy: p. 169). Aconselha a não rejeição do conhecimento popular por não ser científico, porque, muitas vezes, este conhecimento pode ter muito de “verdade”. É importante assinalar que ele também resgata as idéias de Virchow (Lowy: p. 177). Trzebinski morre em 1930, e teve uma influência restrita sobre a Escola como um todo entre as duas guerras. A pessoa chave

nesta transição, sem dúvida, foi Adam Wrzosek, com sua revista *Arquivos da História e Filosofia da Medicina*, fundada em 1924.

Wrzosek(Lowy-1990) estudou medicina em Kiev e em Berlim, tendo se formado em 1898. Especializou-se em Patologia na Universidade da Cracóvia. Estudou também antropologia, tendo se especializado em antropologia física. Publicou seus primeiros artigos no *Medical Critique*, onde começou a desenvolver seu interesse por história e filosofia da medicina. Foi autor da biografia de Sniedecki, que considerou como o fundador da Escola Polonesa de Filosofia de Medicina.

Depois da proclamação da independência da Polônia, assume a posição de Diretor de Educação Superior do Ministério da Educação, tendo se tornado decisiva sua participação para a inclusão curricular das cadeiras de História e Filosofia de Medicina nas cinco maiores faculdades de medicina da Polônia. Foi um prolífico escritor, tendo publicado aproximadamente 470 artigos entre 1898 e 1964. Wrzosek centralizou as atividades da Sociedade de Amadores em História de Medicina (Society of Amateurs in History of Medicine) (com sede em cinco cidades polonesas), e foi o fundador da *AHPM*, a continuidade da *Medical Critique*. Grande estudioso de antropologia, fundou também o primeiro jornal polonês de antropologia.

Wrzosek inicia sua carreira, comungando das idéias da Escola e refletindo sobre a prática médica. Publica seus primeiros artigos sobre o tema, em 1899, na *Medical Critique*. Ele denunciava os experimentos clínicos não éticos e criticava o modelo de formação dos médicos, basicamente, pela busca incessante de tentar ser cientistas, tentando generalizar achados, quando, em medicina, os casos são individuais. Criticava, ainda mais, a falta de consciência desse modelo formador hegemônico, utilizando um raciocínio que Fleck viria a chamar, mais tarde, de harmonia das ilusões. Advogava já, nesta época, uma melhor educação médica, o rebaixamento dos custos da medicina e mais capacitação para os médicos do interior.

Mais tarde, abandona seu interesse na prática de medicina e centra suas atenções na história da medicina e em considerações filosóficas gerais. Na sua tentativa de aproximar a filosofia com a medicina e com a história, recupera Virchow como filósofo. Incluía todas as reflexões em biologia como vinculadas a sua teoria. É em função disto que coloca Sniedecki como o pai da Escola. Uma de suas afirmações,

que também vai estar presente nos textos de Fleck, é de que a definição de doença reflete o estado do conhecimento médico de um determinado período. Mas Wrzosek tinha também outra preocupação (juntamente com Szumowski e Bilikiewicz) em definir o papel da religião católica no desenvolvimento da ciência. Ele desenvolve, em função disto, uma forte posição anti-materialista e pró-católica. Esta nunca tinha sido uma preocupação das gerações anteriores dos médicos-filósofos e, com esta prática, excluía da sua lista todos os pensadores judeus, ou assumidamente materialistas. Adota claramente, ainda, uma posição contra a super-especialização em medicina, afirmando que, ao invés dela refletir o crescimento do conhecimento médico, na verdade, mostrava seus limites. Wladislaw Szumowski (1875- 1954) representava, junto com Wrzosek, a nova tendência da *AHPM*, fortemente anti-materialista e católica e não mais vinculada à prática médica. Estudou medicina em Varsóvia e especializou-se em fisiologia em Friburgo. Sua carreira como pesquisador na área médica teve curta duração em função de ter contraído tuberculose. Estudou, então, filosofia e história em Lwow. Em 1908, inicia o ensino de história da medicina na Universidade de Lwow, cargo que ocupou até 1920, quando foi indicado para a cadeira de História e Filosofia da Medicina na Universidade de Cracóvia.

Szumowski(Lowy-1990); junto com Wrzosek, tem um papel fundamental na institucionalização dessas disciplinas nas grandes faculdades da Polônia, por assumir, na nova independência da Polônia a direção das publicações do Ministério da Saúde. Em 1917, tinha publicado um artigo sobre a história do movimento dos médicos-filósofos na Polônia, onde confere o nome de Escola ao que vinha acontecendo.

Em matéria de formação dos novos médicos, defendia a posição de treinamento multidisciplinar para quem aspirasse história e filosofia da medicina, rompendo, dessa forma, definitivamente com o modelo a partir da prática médica. Defendia que medicina não poderia ser chamada de ciência, porque as explicações sobre os fenômenos patológicos e biológicos ainda não estavam dadas.

Sua posição de historiador levou-o a reflexão de que, durante o séc. XIX, a medicina teria progredido com duas orientações diferentes: o determinismo teológico e o materialismo mecânico, e que, infelizmente, a hegemonia havia sido do materialismo. Observava com satisfação, porém, que nos anos 1930/40 houve um

retorno a posições mais espirituais. Alguns artigos tanto de Wrzosek como de Szumowski denotavam uma posição política clara na defesa da superioridade do branco, católico sobre outras raças ou religiões, o que os colocava como alinhados às posições de extrema-direita que vinham surgindo na Europa.

Cabe ainda assinalar para o contexto deste trabalho, que Szumowski foi o professor de História e Filosofia de Medicina de Ludwik Fleck, hoje, o mais conhecido dos médicos-filósofos poloneses.

A tentativa de entender a lógica da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina foi de demonstrar que as idéias de Fleck sobre epistemologia não emergem do vácuo. Foram influenciadas visceralmente pelas idéias desta escola (Da Ros et Cutolo-1995).

Na bibliografia de seu livro, Fleck (1986), com raríssimas exceções, não faz referência a autores poloneses, muito menos à Escola. Talvez isto fosse uma das peculiaridades da personalidade de Fleck, ou resultado do momento que se vivia na sociedade polonesa, nas publicações da Escola, no seu professor; na autoria do nome EPFM; no anti-semitismo; e na ameaça nazista . Seu livro é editado na Suíça e a grande maioria dos autores citados na bibliografia vem da Alemanha. A bibliografia trata de livros de sociologia e, principalmente, de história da medicina. Em uma nota sobre Fleck, Lowy (1990) relata que o prof. Kunicki-Goldfinger, aluno e colaborador de Fleck, lembrava a recomendação do professor para que seus alunos lessem Kramsztyk.

Grande parte das idéias de Fleck estavam presentes em Biernacki, Bieganski, Kramsztyk sob forma não completamente desenvolvida. Mas o quanto de idéias Fleck foi buscar nessas fontes é impossível resgatar. Além das coincidências apontadas na temática, é importante reafirmar o fato de Fleck ter sido aluno de Szumowski ; ter sido fundador da Sociedade de Amadores da História da Medicina de Lwow, ter defendido seu primeiro trabalho nesta sociedade; ter publicado seu primeiro artigo epistemológico na revista *AHPM*; que a mesma revista , nesta época, estava publicando artigos de Wrozsek, Trzebinski e Nusbaum sobre assuntos comuns .

Esta influência possível da Escola é, todavia, restrita às primeiras publicações de Fleck, pois, a partir de 1927, ele deixa de publicar na *AHPM* e não aparece mais sua relação com outros membros da Escola. Num artigo publicado por

Billikiewicz, em 1939, aparece claramente a posição da revista em relação a Fleck, negando que o mesmo possa ser reconhecido como membro do grupo de poloneses historiadores da medicina. Seriam conflitos gerados pela personalidade de Fleck, ou resultado do crescimento da posição anti-materialista, anti-judaica e nacional-católica do grupo responsável pela revista? As respostas serão inferências.

Outras influências, sem dúvida, existiram e é importante lembrá-las. A Escola de Lwow de Filosofia; a psicologia gestáltica; as leituras que Fleck fazia, dos estudos sociológicos e antropológicos de Durkheim, Lévy-Bruhl, Jerusalem e a teoria da complementaridade criada por Niels-Bohr (Cohen & Schnelle, 1986). O pensamento da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, no entanto, teve, com toda certeza, um decisivo impacto nas idéias que Fleck desenvolveu. Esta argumentação de Lowy não parece ser compartilhada pelos outros biógrafos de Fleck (Schaeffer-Schnelle; Cohen), mas é bom lembrar que eles não são poloneses e que essa escola de médicos-filósofos da Polônia (periferia do primeiro mundo) não faz parte do conhecimento da tradição anglo-saxônica.

Se a intenção é procurar entender os originais de Fleck e esses autores da Escola, vamos concluir que Lowy pode ter razão.

II.3 Os Estilos de Pensamento em Fleck

Segundo Gayon (1996), nos últimos dez anos, a expressão Estilo de Pensamento expandiu-se muito entre historiadores da Ciência, filósofos da Ciência e na epistemologia. Mas não necessariamente ela tem sempre o mesmo sentido e é acompanhada de uma definição precisa. É um conceito amplo, flexível, é necessário localizar em que sentido está sendo usado para que tenha a capacidade explicativa que sua potencialidade demonstra. Caso semelhante ocorreu com o sentido que T. Kuhn (1992) deu para a palavra paradigma, conforme o estudo realizado por Masterman (1970), no qual chega a vinte e uma significações distintas. Latour (1996) assinala:

Nós temos visto a grande imprecisão desta palavra no sentido que Kuhn havia lhe dado. Temos também zombado da sua multiplicidade de usos, como se fosse um canivete suíço. (Latour, 1996. Tradução minha, p.84)

Fleck (1986), embora elabore uma definição clara, entende que não basta dar-lhe uma definição-síntese, afirmando que esgotar todo o entendimento a respeito do conceito de Estilo de Pensamento (EP) não era o propósito de sua obra. Era, sim, demonstrar a existência clara desta categoria analítica para a construção de uma teoria do conhecimento, na ocasião, fazendo um estudo de caso da doença Sífilis e da Reação de Wasserman, para o seu diagnóstico.

O processo de entendimento, após a leitura de seu livro *La Génesis y el desarrollo de un hecho científico* (Fleck-1986), coloca o leitor na posição de diferenciar os EP existentes historicamente no exemplo usado por Fleck. Isto, somado a sua definição, além de fornecer um exemplo bastante significativo sobre a consistência do uso da categoria EP para uma análise histórico-epistemológica, desafia quem lê a fazer um exercício para perceber/ identificar em diferentes áreas da Ciência, ou mesmo do senso comum, a existência de diferentes EPs convivendo simultaneamente e com

diálogos dificultados entre eles (incomensurabilidade/ Niewspolierność/ incongruência)⁷.

Quando se trata, porém, de verificar de que forma se pode realizar uma investigação (em determinada área da ciência) dos diferentes EPs, justamente meu caso para a área de Saúde Pública, torna-se necessário buscar exaustivamente no texto de Fleck este auxílio. E não basta ler seus textos para sentir-se instrumentado. Na investigação empírica sobre o objeto a investigar, munido do arsenal adquirido da leitura de sua obra, no entanto, é que se vão construindo os instrumentos para a verificação de que variáveis caracterizam os EPs da área em questão. Portanto, é um procedimento metodológico, também. O EP é como o elemento que faltava na relação gnosiológica sujeito-objeto. Interpõe-se entre os dois e olha simultaneamente para ambos. A partir de então, ambos passam a ser mediados pelo EP. Há , conseqüentemente, uma inseparabilidade entre localizar os EP diferentes em SPB e a forma de caracterizar o que é um EP. Mario Testa(1997) ratifica este entendimento, afirmando que, pelo menos em ciências que envolvem o social , não é possível isolar o objeto do sujeito.

No caso da investigação proposta por este trabalho, os Estilos de Pensamento em Saúde Pública, foi assim que ocorreu. Trata-se de uma situação peculiar, onde o pesquisador (eu), sintonizado com a teoria de Fleck para a investigação dos estilos de pensamento, compartilhando com um coletivo (um dos grupos de pesquisa do CED-UFSC), analisa a produção/ relação de outros sujeitos com seus objetos de investigação, através de suas dissertações ou teses , na tentativa de desvelar o EP que adotam na área da Saúde Pública.

Para uma melhor compreensão da metodologia que usei, foram utilizadas algumas premissas desenvolvidas a partir da leitura do livro de Fleck, para posteriormente realizar a aproximação com o objeto- as teses e dissertações produzidas em saúde pública.

⁷ A palavra usada por Fleck (1986) é NIEWSPOLIERNOSC, que tem uma semelhança com o que Kuhn viria a chamar de incomensurabilidade. É possível que a utilização deste termo faça sentido para o exemplo da Física. Também é verdade que os tradutores leram e utilizaram comparações com Kuhn(eles citam isto). Um autor polonês(Cohen-1986), Jerzy Giedmin, traduz a palavra como incongruência. E este sentido parece mesmo ser mais abrangente do que incomensurabilidade . É também a incomunicabilidade. Lima(1999), em tradução da versão alemã(mimeo, 1999), dá para o termo um sentido aproximado de – conversa desencontrada.

Era necessário decodificar/ fatiar o entendimento sobre EPs para poder dar conta de sua aplicabilidade enquanto instrumento na verificação das diferenças (qualificação das características particulares e das incongruências) na área de saúde pública.

Torna-se necessário adotar um primeiro entendimento enquanto premissa. Fleck afirma que não pode existir um EP individual(Fleck: p. 145). É, portanto, uma categoria vinculada intimamente a outra, utilizada pelo autor : Coletivo de pensamento. Em sua monografia escrita no início dos anos 30, a partir da análise de como é construído um fato científico, ele caracteriza o mesmo como um subproduto de um EP no interior de um coletivo.

Sua definição, na página 142 (Fleck, 1986) da versão espanhola de 1986, é a de que Estilo de Pensamento é um perceber dirigido, com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido. Complementa esta definição, dizendo que a todo EP corresponde uma prática. Este perceber dirigido, tem origem no psicológico(permeabilidade/ desejo para recepção daquela forma de perceber), na história, nas relações sociais, na coerção recebida para a percepção daquela forma. É, portanto, um pressuposto acrescido ao dado empírico. Ou ainda, na página 145(Fleck, 1986), afirma que o EP tem duas partes estreitamente relacionadas : disposição para um sentir coletivo e para a ação conseqüentemente dirigida (uma vez que o portador do EP é o Coletivo de pensamento).

A forma adotada para ampliar o entendimento sobre os EPs em Fleck transcende sua definição e foi realizada através de uma minuciosa revisão do texto de sua monografia, ao longo de cada capítulo, na tentativa de captar os elementos constitutivos de um EP. Os termos, que entendi como úteis na investigação de seu texto, foram sublinhados para ser resgatados na construção dos EPs em SPB, a partir das teses e dissertações das Escolas estudadas (ENSP e FSP-USP).

Cada vez que Fleck se refere a EP, ele acrescenta uma explicação, que vai construindo seu conceito. No primeiro capítulo, intitulado *Como surgiu o atual*

conceito de sífilis, Fleck, a partir da pg. 48, começa a construção do entendimento sobre EP, com que vai até a página 170 (Fleck, 1986).

Para a investigação que me propus fazer, os elementos vão se acumulando de tal forma que no embate com o empírico (os trabalhos examinados em SPB) essas características compõem uma compreensão. Isto ocorre de maneira que a síntese entre a leitura e o empírico vão desenhando o instrumento de investigação.

Elegi algumas variáveis para a verificação dos estilos, que foram decalcadas dos trechos sublinhados. O entendimento sintético de como pode-se utilizar a compreensão fleckiana de EP, para verificar, a partir do exame dos trabalhos, se está-se ou não frente a um estilo de pensamento pode ser aproximadamente o seguinte:

- Um estilo de pensamento tem uma *fundamentação psico-sociológica e histórica*(p. 48) (...) *uma condicionalidade histórico-cultural* (p. 54) e necessita fazer *investigações históricas e comparativas* (p. 68) para não cair *...num jogo de palavras vazias, em uma epistemologia imaginada...*(p. 68);
- Uma das bases para novos EPs pode ser *a existência de proto- idéias...*(p. 72) que não se adequavam às possibilidades colocadas pela materialidade em determinado momento histórico, nas que na atualidade encontram condições de aflorar;
- Outra possibilidade para o surgimento de um novo EP é a de que...*Muitas teorias vivem duas épocas- primeiro uma clássica (todos concordam) e depois uma segunda, em que as exceções começam a fazer-se notar* (p.55)... *Às vezes, a divergência entre estilos é tão grande, ...que diferenças menores poderiam ser chamadas de matizes, variedades de estilo, até chegar a se caracterizar em estilos diferentes* (p. 155)... *uma vez que um EP está em progressiva transformação e desenvolvimento...*(p.52);
- Essas condições permitem que se construam *saberes, corpos de conhecimento de diversas áreas para confluir num modo de pensar...*(p.48) *São diferentes enfoques entrelaçando-se: elementos*

teóricos e práticos...amalgamados (p. 50)...campos de saber com muitas linhas de desenvolvimento de idéias que se cruzam e se influem mutuamente (p.69)...A imagem do mundo determina a exigência dos especialistas : pode ser uma fundamentação que determina os traços gerais do EP...(p.161);

- Estabelece-se desta forma um coletivo, *comunidades organizadas de investigação (p.69.)*, resultado do desenvolvimento e da confluência de algumas linhas de coletivos de pensamento.(p.69)...*estruturados da inter-relação entre o velho e o novo conhecimento...(p.75)*. Porém é possível que... *Pequenas comunidades possam manter invariáveis o velho estilo (p.146);*
- Estes novos coletivos, participantes de um EP, criam *...um sistema fechado de crenças (p.51)*. *...um complexo processo de treinamento intelectual, com aquisição de faculdades físicas e psíquicas...gerando uma habilidade para moldar e transformar os conceitos (p.56) ...compartilhada por pessoas que têm as mesmas concepções intelectuais_(p.69)...vivendo uma espécie de harmonia das ilusões...(p. 75)*, e realizando para os iniciantes,*...uma suave coerção...(p.90) que...molda a formação (p.69);*
- A partir de sua instauração, um estilo/ coletivo de pensamento passa a *...possuir uma linguagem específica...(p. 89-90)...utiliza determinados termos técnicos...(p.129)(...)*Tem uma *forma de conceber experimentos (p. 133)...um direcionamento das observações...(p. 131)...os problemas e os métodos passam a ter traços comuns,com juízos que o coletivo considera evidentes (p. 145)...contém uma certa exclusividade formal temática (p. 150)... acompanha-se de estilo técnico e literário do sistema de saber (p. 145)...e a ... utilização de métodos e aparelhos realizam, a posteriori, a maior parte do pensar...(p. 131);*
- *...Se um grupo existe durante um tempo suficiente, o EP fica fixado e adquire uma estrutura formal (p.150)*. Em função disto, fica criado... *Um*

ponto de vista, que resiste a inovações, reinterpreta o novo e o adapta ao sistema de idéias...(p. 95)...Esta tendência à persistência demonstra que não foram as denominadas observações empíricas que levaram a cabo a construção e a fixação da idéia, e sim que intervieram fatores especiais ancorados profundamente na tradição e na psicologia (p.48);

- Os coletivos compostos desta forma têm um sistema cerrado de idéias, de tal maneira que...**Um entendimento imediato entre defensores de distintos EPs é impossível** (p. 83). Fleck chama isso de incongruência/incomensurabilidade;
- Para um iniciado ser aceito no CP/ EP, êle é... **Dependente de um contato mais estreito entre as pessoas** (p.129), e a partir de sua adesão aos pressupostos e à concepção de ciência, torna-se... **legitimado entre os pares, que têm a mesma formação moldada conforme um EP**(p.81).

Para concluir esta síntese de entendimento do que seja um EP e de como pode-se alcançar sentidos que colaborem para a construção de um instrumento de investigação, permitindo sua utilização para detectar se está-se ou não em presença de um EP, creio ainda que duas pequenas citações de Fleck são importantes...**considero o pensamento como atividade social por excelência, que não pode localizar-se completamente dentro dos limites de um indivíduo** (p.145). **Os coletivos estáveis permitem investigar exatamente o EP e as características sociais gerais dos coletivos de pensamento em suas relações recíprocas** (p.150).

Poucos grupos, atualmente, no Brasil dedicam-se a estudar e produzir sobre a epistemologia fleckiana. Um destes, localizado em S.Catarina, no PG-CED-UFSC, tem trabalhado com a decodificação da categoria EP e sua aplicabilidade para pensar o ensino de ciências. Este grupo, em seus estudos parcialmente apresentados no II Encontro de Pesquisa em Ensino de Ciências (ENPEC, 1999) tem produzido documentos/ ensaios, objetivando este melhor entendimento. Cutolo(1999), deste grupo, tenta uma definição que abranja os sentidos amplos de EP :

É um modo de ver, entender e conceber; processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação, determinado psico/ social/ histórico/ culturalmente, que leva a um corpo de

conhecimentos e práticas compartilhadas por um coletivo com formação específica.

Delizoicov(1999) chama a atenção para os elementos constitutivos do EP, que podem ser agrupados como : a) técnicas, instrumentos e procedimentos; b) formação; c) modo de ver; d) teorização; e) linguagem específica.

Lima (1999), também membro deste grupo, tenta uma definição de EP, como sendo uma configuração de compulsões ou tendências compartilhadas, com uma sistemática coletivamente estabelecida para abordar questões específicas.

Brida e Castilho (1999), do mesmo grupo, orientam o entendimento do EP para quatro áreas distintas : a organização das idéias/ tradição; o corpo de conhecimentos necessários; a formação; e a transformação.

Da mesma forma que Cutolo, Da Ros (1999), outro membro deste grupo, em seu ensaio, tenta, agrupar todos os elementos em um entendimento único. Seria, então : uma postura teórico-psicológica de aceitação de uma verdade provisória que subordina conhecimentos. Tal postura é determinada histórico-sócio-culturalmente e, embora se movimente continuamente, apresenta resistências a transformações. Neste contexto, desenvolve uma aparente lógica formal, a partir de áreas do conhecimento científico, nascendo , portanto, do "velho" para criar o novo. E isto é feito dentro de um coletivo que tem o mesmo modo de pensar e agir.

Margulis (1997) , pesquisadora americana da área de Biologia, sintetiza o conceito de EP como sendo uma tribo profissional que fala uma linguagem comum, a tal ponto que, com um certo número de palavras e pelas bandeiras que são defendidas, identifica-se um EP.

O próprio Fleck(1988), em outro texto - *Some Specific Features of the Serological Way of Thinking : A Metodological Study*- procura acrescentar mais alguns elementos para uma melhor compreensão do seu entendimento sobre estilo de pensamento, analisando o EP dos serologistas afirma que o verdadeiro conteúdo do conhecimento científico nesta disciplina deriva do EP, e que suas características fundamentais são: uma comunidade composta exclusivamente de experts; sua densidade social (quantidade e vitalidade de contatos científicos entre membros da comunidade) excepcionalmente alta; o número de mesmos autores citados e o fato de,

as principais linhas de pesquisa (direção assumida pelos seus estudos) serem linhas paralelas, com pouca ou nenhuma intersecção. Os traços típicos do EP dos serologistas derivam das características do coletivo e têm raízes históricas. Estes traços são: a falta de uma revisão sistemática de conceitos; a técnica de laboratório joga um papel aglutinador e cria um “feeling” serológico, com a utilização de conceitos e técnicas que reforçam o coletivo de pensamento; a não participação de pessoas leigas; a utilização de termos(jargões) que adquirem a qualidade de hipostase.

As conclusões primeiras que se depreendem de um estudo sobre EP são as de que somente a explicitação de seu conceito pode tornar-se reducionista e empobrecedora, a tal ponto que não permitia a elaboração de um instrumento de pesquisa para a sua localização em produções específicas. Mas também se depreende que sem uma compreensão ampliada de EP como pressuposto teórico, as aproximações com os objetos de estudo tornam-se parciais. São, portanto, construções simultâneas : o objeto pedindo mais aprofundamento teórico para ser entendido e o pressuposto teórico precisando do empírico para poder ser decodificado. Foi, então, em função do entendimento obtido com o estudo da categoria EP, além do que o próprio Fleck destaca como fundamental, o entendimento da história, que se tornou possível construir os EPs em Saúde Pública.

A conexão desta compreensão dos EPs em Fleck, mais a história da SPB, junto com o objeto de tese (a produção acadêmica em SPB) foram **o fundamento principal** para o desenvolvimento de meu trabalho.

As bases para o entendimento são históricas, mas foi a partir da compreensão de como “noviços” são introduzidos dentro de um EP, que se conseguiu argumentos para a localização de um elemento chave no elucidar do tema. Existem, necessariamente, os responsáveis pela introdução de novas pessoas dentro de um estilo (que serão chamados de pais), que usarão uma determinada linguagem, uma certa postura profissional, uma determinada bibliografia indicada, desenvolverão suas pesquisas em determinados “locus”, têm uma determinada concepção de mundo e uma forma particular de ver um determinado “fato científico”. Estes fazem parte de um Coletivo de pensamento, são os portadores do EP e os responsáveis pela formação e aceitação de novos membros. Isto foi, provavelmente, o que ocorreu na área da SPB e

foi o caminho mais fecundo, dos muitos tentados, para localizar os EPs em SPB. Certamente cada EP pode conter matizes, determinados pela sua profissão básica (que aliás não basta para caracterizar um estilo em SPB, conforme será visto), ou pelos departamentos das instituições de onde procedem suas investigações, mas este será justamente o tema desenvolvido no próximo sub-título, quando me referir à construção dos parâmetros conceituais, abordando aspectos metodológicos da pesquisa.

II.4 A Construção dos parâmetros conceituais

As primeiras discussões para detectar os EPs (Estilos de Pensamento) em SPB (Saúde Pública) caminharam pelas possibilidades de investigar, desde a produção de livros da área de SPB, até por realizar entrevistas com próceres da SPB. Dentre os vários objetos possíveis de recortar para a investigação dos estilos de pensamento em saúde pública, a opção mais adequada pareceu ser a da produção acadêmica (as teses de doutorado, livre-docência, de cátedra e dissertações de mestrado) no Brasil, em função de ser o locus, pelo menos em nosso país, onde se gesta a produção científica da área. Considerando que existe uma ampla gama de Instituições produtoras, o que significaria um universo muito grande da pesquisa, a opção foi por assumir as duas instituições consideradas mais importantes na área de saúde pública no Brasil. A Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP – São Paulo, e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ – Manguinhos – Rio de Janeiro⁸.

Estabelecida esta opção, foi definido que o material inicial para a pesquisa, e que permitiria uma primeira aproximação seriam os catálogos da produção acadêmica das duas instituições (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1994; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1993) onde constam, com algumas modificações conforme a época da publicação, as seguintes informações: autor, orientador, o resumo do trabalho, o número de páginas, ano da defesa, código de acesso ao acervo da biblioteca e, no caso da FSP, a vinculação ao departamento no qual o trabalho foi desenvolvido (na ENSP, esta última informação não consta do catálogo).

⁸ Embora existam mais recentemente diversas instituições formadoras na área de saúde pública – *strictu sensu* –, essas duas pesquisadas são a excelência e a referência para a instalação de novas pós-graduações. Ambas têm uma história na área de saúde pública que remonta ao início do século e, além disto, a FSP tem formado mestres e doutores desde 1948 (a primeira, e durante muito tempo a única no Brasil) (Ribeiro, 1993). A ENSP, por outro lado, desde o início da década de 70 passou a ser a responsável acadêmica junto ao Ministério da Saúde, pela formação de todos os especialistas na área de saúde pública do Brasil (descentralizando seus cursos). Embora seu PG *strictu sensu* tenha iniciado somente em 1980 (Ministério da Saúde, 1995), tem uma produção menor somente que a própria FSP em relação a trabalhos orientados.

O universo da produção acadêmica (trabalhos defendidos) era constituído de 820 trabalhos (entre 1948-1993) na FSP-USP e de 151 na ENSP-FIOCRUZ (entre 1980-1994). Numa primeira triagem foram selecionados para esta pesquisa, 733 da FSP e 125 da ENSP. A triagem foi feita em função de alguns resumos terem informações incompletas, o que tornaria a busca pela informação um limitante bastante considerável. Estes 858 trabalhos selecionados tinham a seguinte distribuição temporal e titulação acadêmica:

Tabela 1 – Produção da FSP – USP

| Tipo \ ano | 1948-1971 | 1972-1981 | 1982-1987 | 1988 a 1992 | Total |
|------------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------|
| Cátedra | 16 | - | - | - | 16 |
| L-Docência | 24 | 15 | 8 | 11 | 58 |
| Doutorado | 28 | 65 | 49 | 40 | 182 |
| Mestrado | 144 | 197 | 52 | 84 | 477 |
| Total | 212 | 277 | 109 | 135 | 733 |

A divisão com este recorte de datas foi dada em função da publicação dos catálogos de tese, que apresentavam esta marcação por intervalo de tempo.

Tabela 2 – Produção da ENSP-FIOCRUZ

| Tipo \ ano | 1980-1994 |
|------------|-----------|
| Mestrado | 109 |
| Doutorado | 16 |
| Total | 125 |

Não houve nenhum trabalho registrado no catálogo como de Livre-docência ou de Cátedra, no caso da ENSP.

Uma vez compilados e lidos, os resumos foram agrupados de diversas formas, na tentativa de reconhecer uma lógica que permitisse caracterizar os diferentes estilos de pensamento. A primeira delas foi parear as datas de publicação (ou do tempo lógico para iniciar a investigação, até a defesa), com algumas modificações impactantes na área da política de saúde no Brasil, como por exemplo: criação do Ministério da Saúde, expansão do complexo médico-industrial (ou da adesão maciça ao modelo flexneriano), criação do MPAS, surgimento do Movimento Sanitário, as Conferências Nacionais de Saúde (especialmente a 5^a, 7^a e 8^a) (Da Ros, 1994). Ainda no bojo

desta tentativa, pensou-se também em verificar possíveis coerências dos trabalhos com as macromodificações históricas da saúde pública mundial: fase da polícia médica, da medicina social, do higienismo-biologicista, ou da tendência integradora atual (a dimensão histórico-epistemológica será enfatizada no próximo capítulo) ou, ainda, com as tendências do Movimento Sanitário Brasileiro. Houve, neste ponto, um movimento, no meu processo de pesquisa, em que havia uma suspeita da determinação histórica dos EPs, como premissa, mas faltavam elementos para relacioná-la com cada EP. Em função disto, fui estudar a história da SPB, e ela, tomada em seu genérico, não fazia muito sentido para o entendimento de EPs. Foi somente depois de desenhar provisoriamente os EPs que fui novamente para a História. Desta vez, para localizar as especificidades da possível “gênese” de cada EP. A história, então, começava a iluminar o entendimento, mas passou a ser importante examinar uma outra vertente dela, para tentar estabelecer relações com os EPs, que foi a história das Instituições, com suas influências ideológicas e de apoio financeiro (que serão objeto de análise no próximo capítulo).

Embora não sendo desprezíveis as correlações e inferências com estes acontecimentos, isto ainda não bastava para configurar em estilo de pensamento. Esta primeira tentativa deixou pistas tão importantes que mereceram um capítulo em especial(o próximo). As primeiras conclusões eram de que a história talvez apontasse para a determinação dos estilos de pensamento, mas era absolutamente insuficiente para caracterizá-los.

Uma segunda tentativa foi considerar a divisão por departamentos feitas pelas instituições, imaginando esta divisão como uma possível separação de estilos de pensamento. Novas pistas surgiram, mas ficou evidente que existiam diversos temas de teses ou dissertações que, levando em consideração somente esta variável, mostravam que estariam melhor localizados noutros departamentos que não o seu de origem (levando em consideração o nome do departamento e o resumo do trabalho).

Parecia que tinha mais peso nessa definição o orientador da tese/dissertação do que o departamento, e isto era mais coerente com algumas das afirmações destacadas no sub-título anterior, que trata dos Estilos de Pensamento em Fleck, tais como: ... *legitimação por pares*; ... *dependente de um contato mais estreito*

entre pessoas; ... um complexo processo de treinamento intelectual; ... uma suave coerção. Por outro lado, levando em consideração justamente a observação dos trechos sublinhados, a história não seria desprezível, nem a proposta de divisão departamental, onde teoricamente existiria um determinado coletivo de pensamento. Pelo contrário, seriam coadjuvantes fundamentais para um melhor entendimento dos EPs. A partir dessas duas tentativas iniciais, alguns aspectos já começavam a chamar minha atenção.

Havia evidências dadas pela História de que diferenças existiam entre as duas instituições pesquisadas, mas a impressão inicial fora de que estas teriam importância reduzida. Contudo, ao verificar os trabalhos produzidos numa e noutra instituição foi possível perceber- grosso modo- como que uma "macro- tendência" diferenciando-as. Dentre outros, os seguintes aspectos destacaram-se:

- 489 trabalhos foram apresentados na FSP, correspondendo a aproximadamente 400 autores diferentes, até 1992. Destes autores, somente um orientou teses na ENSP. Os demais orientadores da ENSP (151 trabalhos) não tiveram formação na FSP. Por sua vez, nenhum dos formados na ENSP orientou trabalhos na FSP;

- Um aspecto que pareceu de pequena monta, inicialmente, dentre os dados contidos nos catálogos: o número de páginas dos trabalhos, passou a chamar atenção. Vários trabalhos da FSP tinham menos de 20 páginas, inclusive uma dissertação de mestrado com 15 páginas, incluindo bibliografia. Enquanto na ENSP, a maioria das teses e dissertações tinha acima de 100 páginas (um grande número na faixa das 300 páginas);

- Outro ponto importante foi refletir sobre que critérios estariam sendo pensados pelas instituições quando propuseram uma divisão tão distinta na forma de conceber a sua estrutura departamental? A FSP com 5 departamentos: Práticas de saúde pública, Saúde ambiental, Epidemiologia, Saúde materno infantil e Nutrição. E a ENSP com 3 departamentos: Planejamento em saúde, Ciências sociais e saúde e Epidemiologia;

- A presença na ENSP de assuntos ainda não tradicionais da saúde pública, tais como saúde do índio, saúde de gênero, epistemologia e saúde, etc., eram completamente ausentes na FSP;

Por sua vez, assuntos tradicionais da saúde pública são tratados diferentemente pelas duas escolas, como a epidemiologia, o planejamento e a educação / saúde. A FSP apresentando propostas geralmente mais administrativas, normativas e operacionais e a ENSP marcando os temas com reflexão teórica e crítica sobre a forma com que tradicionalmente tratavam tais questões;

Os referenciais teóricos de modo geral também marcavam diferença. Uma com ênfase nas ciências sociais, outra com ênfase nos dados estatísticos. Parece interessante assinalar que o conjunto dos itens, especialmente os dois últimos, talvez seja uma das justificativas para a questão levantada anteriormente a respeito da diferença em número de páginas entre a produção (na média) das duas Instituições.

Conseqüentemente, várias pistas tinham sido dadas para que se tentasse aprofundar a lógica histórica dessas duas Instituições, o que só foi conseguido, depois de delinear os EPs (ver no próximo capítulo).

Na caminhada para a construção dos estilos de pensamento em saúde pública, já começava a ficar claro que estas tentativas iniciais de relações histórico-epistemológicas ajudavam a clarear o entendimento, mas não só não bastavam, como ficava óbvio que o estilo de pensamento dependeria de um conjunto mais amplo de variáveis a examinar.

Retornando à questão dos orientadores e da relação significativa que parecia haver entre o orientador e sua "descendência" com teses semelhantes, foi justamente a partir desta possível constatação que adotei um terceiro caminho, que foi o de estabelecer um fio histórico entre os primeiros autores de teses e sua "descendência". Os temas (analisados inicialmente -via resumos) escolhidos pelos orientandos guardavam uma coerência bastante grande com os do seu orientador. E quando aqueles passavam a orientadores, na maioria das vezes, mantinham o fio condutor do orientador original. Porém, para chegar até este caminho, foi necessário trilhar um anterior. Pelos resumos, adotando critérios diversos, que indico no próximo sub-título, estabeleci grupos de similaridades e diferenças, de forma que todas as

teses e dissertações (T e D) foram distribuídas em 36 grupos, considerando o encontrado. Foi como se passássemos a entender os grupos como “ estilos provisórios a investigar”, para somente na seqüência continuar a pesquisa tendo como critério o estilo dos orientadores.

II.5 A trajetória da Identificação dos Estilos de Pensamentos em Saúde Pública

Ao pré selecionar os grupos a investigar, foram levados em consideração critérios muito diversos de seleção de conjuntos. Considerei como grupos os trabalhos relacionados a profissões básicas na área de saúde, como por exemplo, trabalhos de odontologia sanitária, enfermagem em saúde pública, etc. Agrupei, também, trabalhos relacionados às áreas tradicionais da saúde pública, como por exemplo: epidemiologia, planejamento, ou zoonoses ; outro critério para estabelecer agrupamentos foi o de separar os trabalhos com enfoques diferenciados em relação à concepção uni ou multicausal ou de determinação social do processo saúde-doença e, ainda, trabalhos que não se enquadravam em nenhum outro agrupamento (levando em consideração os anteriores) que não o seu próprio, como paleoepidemiologia, saúde do índio, etc. Mas, os trabalhos de uma determinada profissão, como por exemplo, a odontologia, enquanto sanitária , trazia temas de planejamento, de epidemiologia ou de educação sanitária, e estes, nos distintos temas, concepções distintas do processo saúde-doença. Isto trazia uma turbulência de conceitos diferentes, que não davam segurança para se afirmar a existência de EPs.

Ficava claro, novamente, que o critério utilizado nestes agrupamentos ajudava, mas não se sustentava teoricamente para fazer a afirmação da presença de estilos de pensamento diferentes. Foi, por outro lado, a partir deste recorte que um fato chamou atenção: os trabalhos alinhados em um determinado grupo, por exemplo, laboratório em saúde pública, com 18 trabalhos sobre o tema, tinham sempre o mesmo orientador, ou um "orientador descendente" daquele primeiro, e que, uma outra vertente dela com raras exceções, os que desenvolviam uma determinada temática, não apareciam em outros grupos.

Considerando como promissor este caminho, passei a verificar a trajetória dos pesquisadores, desde a defesa de seu primeiro trabalho, seguindo historicamente sua produção em relação a novos trabalhos, até produção de seus orientandos. Foi organizada uma chave (cujo modelo apresentarei no capítulo IV.1.3.1) a partir do primeiro orientador (que chamei de "pai" do estilo) com seus orientandos, com o tema da sua tese/ dissertação, com e os orientandos de seus "descendentes". Desta forma,

constituí 36 grupos, que assumi como sendo de estilos provisórios. Surgia, portanto, algo novo, que merecia uma investigação mais aprofundada.

Tínhamos, então, claro que um primeiro orientador, sobre um determinado tema, orientava seus “filhos”, eventualmente até o doutorado, na grande maioria das vezes em temas correlatos ao da sua própria tese (embora isto não ocorresse com todos orientadores). E, quando este “filho”, transformava-se em doutor, orientava trabalhos, majoritariamente, mantendo a mesma linha original de seu “pai”, caracterizando possivelmente o pertencimento a um círculo esotérico de um coletivo de pensamento. Isto, em alguns temas examinados, sobrevive até uma 3ª geração (como exemplo tem-se os EPs Biologia de Vetores e Epidemiologia Clássica, que trato no capítulo IV). Noutros casos, apareciam algumas T e D isoladas, que não persistiam no tempo, não deixando (ou deixando pouca) “descendência”. Este achado faz coerência com as assertivas de Fleck em relação à indissociabilidade entre estilo de pensamento e coletivo de pensamento, e também de como aparece claramente a persistência das idéias dentro de um estilo de pensamento. Aquele que não persiste no tempo, não toma a característica de EP e, talvez, somente venha a se caracterizar como uma proto- idéia a ser retomada em outro momento histórico.

Se definirmos “coletivo de pensamento” como uma comunidade das pessoas que estão em intercâmbio ou interação de pensamento, então temos nela o portador do desenvolvimento histórico de uma área do pensamento, de um determinado estado do conhecimento e estado de cultura, ou seja, de um estilo de pensamento em particular (pp.54-55) A existência do estilo de pensamento faz necessária, e inclusive imprescindível, a construção do conceito de “coletivo de pensamento.(p.88) (...)se uma concepção impregna suficientemente forte a um coletivo de pensamento, de tal forma que penetra na vida diária e nos usos lingüísticos e fica convertida, no sentido literal da expressão, em um ponto de vista, então uma contradição parece impensável e inimaginável (p.75)

Isto deu uma base para assumir, em caráter preliminar, que por esta via se poderia construir os instrumentos necessários para diagnosticar se estava-se ou não diante de um estilo de pensamento. Sistematizando os passos já dados, tinha-se acumulado pistas na história: de algumas grandes modificações econômico-sociais no mundo; no seu reflexo na história geral da saúde pública e na particular do Brasil.; tinha-se outras pistas relacionadas às divisões por departamentos, distintas entre ENSP-FSP, e na história destas Instituições, com suas “macro-tendências” (provisórias e como pano de fundo para novas investigações), correlacionando-as com modificações sócio-políticas ocorridas no Brasil.

A partir deste momento, com os agrupamentos iniciais em 36 estilos provisórios, mais a constatação da existência de “gerações” de produtores de uma determinada linha de trabalho, formando possíveis coletivos de pensamento (a investigar), tinha-se mais um fundamento importante. E isto, acrescido ainda da detecção de novas diferenças, mas também, em alguns casos, de semelhanças entre os grupos de investigadores da ENSP e da FSP, abriram-se três caminhos a percorrer.

Um deles, revisitar Fleck e listar todas as possíveis compreensões diferenciadas que a categoria estilo de pensamento proporciona (o que vimos no subtítulo II.3- *Os estilos de pensamento em Fleck*). Outro, o de entender aspectos diferenciais da história das duas instituições para aprofundar os determinantes das semelhanças e das diferenças entre as mesmas (o que apresento no próximo capítulo, intitulado de: *A dimensão histórica e a epistemologia*). E um terceiro, mais operacional, onde se tornava importante aprofundar os estudos das possíveis caracterizações de estilo de pensamento nas T e D, não mais nos resumos.

O primeiro caminho recebeu apoio dos estudos desenvolvidos junto ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Ensino de Ciências Naturais— GEPECISC, ligado ao Programa de Pós Graduação em Educação da UFSC, cujos resultados estão parcialmente sintetizados em alguns trabalhos, como o de Delizoicov et al (1999), e em alguns ensaios citados no capítulo anterior: Cutolo (1999), Castilho e De Brida (1999), Delizoicov (1999), Lima (1999) e Da Ros (1999).

Em relação ao segundo, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a história de ambas as instituições para aproximar o entendimento entre as

semelhanças e diferenças, detectando inclusive as distintas fontes de financiamento. O resultado desta pesquisa está sintetizado nos sub- títulos III.3.1- *O Instituto de Higiene-SP* e III.3.3- *E a ENSP-FIOCRUZ?* . Resumidamente, podemos antecipar: a FSP-USP nasce, enquanto produtora de monografias, sob a égide de financiamentos e ligações com a saúde pública norte-americana (a Fundação Rockefeller financiou inclusive a construção do prédio onde funciona atualmente a FSP) (Lyda, 1993; Candeias, 1984). Além disto, há peculiaridades históricas que caracterizam distintamente São Paulo / paulistas, do Rio de Janeiro / cariocas (Ribeiro, 1993; Vasconcellos, 1995; Hochman, 1998). A FSP- USP é localizada em São Paulo, e a ENSP no Rio de Janeiro. A ENSP começa a produzir T e D quando a hegemonia do governo militar estava sendo posta em cheque, a partir de 1973, e consegue uma linha de financiamento especial da Finep e, posteriormente, da Capes/CNPq, para iniciar pesquisas em saúde coletiva, com clara fundamentação contra-hegemônica ao regime militar e com um marco teórico fortemente calcado no marxismo (Nunes, 1991 ; Burlandy e Bodstein, 1998).

A partir do estudo desta retrospectiva histórica da FSP-USP e da ENSP, vários aspectos começavam a ser desvelados, inclusive a questão do número de páginas das monografias, justificável possivelmente pela preocupação em desenvolver explicitamente, ou não, um referencial teórico (característica típica das investigações em Ciências sociais- que entre outras variáveis, aumenta significativamente o número de páginas). Mas ficava cada vez mais necessário “visitar” as T e D . Já não bastavam os resumos.

Optei, então, por analisar uma amostra constituída por dois trabalhos de cada um dos trinta e seis grupos pré-classificados.

Selecionei um “pai” de cada possível estilo de pensamento e o último descendente (o mais recente, em termos cronológicos) que, a partir dos resumos, mantinham, aparentemente, o mesmo fio de idéias. Isto fica melhor evidenciado acompanhando-se as chaves elaboradas para alguns EPs (por exemplo o de Biologia de Vetores), no capítulo dos EPs em SPB, sub- título IV.1.3.1.

Em pesquisa na biblioteca da FSP-USP sobre as primeiras T e D, iniciei uma leitura ainda assistemática em busca de objetivar as “marcas registradas”, ou as estruturas de relevância daquele autor/ estilo de pensamento. Algumas das teses /

dissertações listadas, não se encontravam disponíveis na Instituição, tendo se tornado necessário buscar trabalhos alternativos, coerentes com a “filiação”.

Estas leituras e primeiras tentativas de análise começaram a delinear conjuntos, a partir dos agradecimentos, onde apareceram não só os colaboradores, mas as áreas do conhecimento que deram essas colaborações. Isto mostra, de certa forma, algumas das ciências correlatas que o autor buscou para referendar sua pesquisa. Para estabelecer o paralelo com o referencial teórico que utilizo, é interessante assinalar que Fleck já anunciava que a introdução a um novo EP dava-se da seguinte forma : ... *como se vai construindo saberes, corpo de conhecimento, de diversas áreas, para confluir num modo de pensar* (p.48)...*Diferentes enfoques entrelaçando-se: elementos teóricos e práticos, apriorísticos e puramente empíricos ficaram amalgamados...* (p.50) *A história de um campo de saber compõe-se de muitas linhas de desenvolvimento, idéias que se cruzam e se influem mutuamente* (p.61).

Na introdução, outros pontos esclarecedores: o marco teórico (se existente, ou omissos), a forma de entendimento do processo saúde-doença, e o “locus” onde se desenvolve a pesquisa. Em alguns casos, aparecem as concepções filosóficas que caracterizam a visão de mundo do autor. No entender de Fleck, ...*concepção dominante ou visão vigente...*(p. 75) ...*um ponto de vista que se adapta ao sistema de idéias* ... (p. 95).

Na metodologia aparecem claramente: a forma de abordagem ao objeto de pesquisa, a proposta metodológica com seus pressupostos ideológicos explícitos ou implícitos, bem como a utilização de instrumentos específicos. Ao longo do desenvolvimento dos capítulos, surgem os termos específicos de sua área de investigação, que criam uma espécie de vocabulário em código para iniciados, e o desenvolvimento do raciocínio a partir da sua matriz epistemológica. Segundo Fleck, um EP tem...*linguagem específica...*(p. 89) ...*utiliza determinados termos técnicos...* (p. 129) ... *utiliza materiais e aparelhos...*(p.131) ...*tem uma disposição para o perceber dirigido* (p. 139)

Também passou a ter importância a época em que cada monografia foi escrita, para verificar se havia coerência com os momentos pelos quais passavam as políticas de saúde no Brasil. Para isto, foi necessário revisitar a História, conforme

assumido anteriormente, e objeto do próximo capítulo. Confirmando o que diz Fleck, *...Há uma dependência histórica entre distintos estilos de pensamento...* (p. 146).

Foi considerada também a profissão / curso superior do pesquisador (quando manifestada, o que nem sempre ocorreu-), que, de alguma forma, caracteriza um enfoque de investigação, ou um matiz (Fleck, 1986) eventualmente permeado por questões “corporativas” ou de linguagem específica de sua formação original.

Outras questões foram se apresentando com relativa importância, tais como, o departamento ao qual aquele trabalho estivesse vinculado e/ou a escola de origem. Buscou-se, também, localizar a explicitação do conceito de saúde e a forma de abordar o processo saúde-doença. Particular atenção foi dada a esta localização, uma vez que a explicitação poderia ocorrer em qualquer dos capítulos do trabalho analisado.

Nas conclusões, buscou-se ressaltar onde o autor assinala caminhos para futuras investigações sobre o tema e as reafirmações dos pressupostos.

A bibliografia, finalmente, surge como um poderoso referencial para investigar as “fontes de onde se bebe”. Desde as áreas de conhecimento dos autores referenciados, aos nomes dos autores que têm características bem marcadas de um determinado enfoque particular de pensar, complementando os achados nos agradecimentos.

A partir do exame das primeiras T e D, foi possível estabelecer uma sistemática de investigação, centrando-a em cada texto investigado:

1. Nos agradecimentos- em alguns casos, muito esclarecedores, noutros de pouco significado para esta pesquisa. Em alguns casos este aspecto, por si só, já esclarecia os pontos a investigar, prescindindo da análise mais aprofundada dos capítulos. É um dado comum a diversos trabalhos, localizar os campos de saberes auxiliares(ciências correlatas), nas pessoas ou Instituições, às quais agradece as colaborações, revelando uma das características mais importantes de um EP.
2. Na introdução- Se o problema recortado indicava a necessidade ou não da leitura dos capítulos para esclarecer pontos importantes do que

seria o estilo de pensamento. Mas normalmente era na introdução que o autor explicitava a sua matriz epistemológica;

3. Na metodologia- A ênfase nos instrumentos utilizados , os pressupostos metodológicos e o lugar onde se desenvolveram as pesquisas;
4. Ao longo dos capítulos- A pesquisa foi orientada principalmente para os termos utilizados que caracterizavam um estilo de pensamento marcado;
5. Nas conclusões- Para a verificação da integração entre instrumentos utilizados, método e síntese das questões colocadas pelo autor, inclusive sua opinião a respeito de qual a utilização provável do conhecimento desenvolvido pelo seu trabalho;
6. Na bibliografia- A área dos autores referenciados e as coincidências de autores citados entre as distintas T e D.

De posse deste instrumento de investigação e com essas informações, foi organizada uma ficha de cada T e D examinada, com as questões relevantes, e providenciada a cópia reprográfica destes aspectos dos documentos. O mesmo procedimento foi realizado na biblioteca da ENSP-FIOCRUZ sobre as monografias pré-selecionadas entre os trinta seis estilos provisórios.

Com estas setenta e duas fichas e cópias, fez-se a tentativa de reagrupar, segundo critérios de semelhança, entre os seis itens examinados. A coincidência entre "pais e descendência" foi muito alta, caracterizando *...um coletivo de pensamento que persiste no tempo (p. 48)... e compartilhado por pessoas com as mesmas preocupações intelectuais (p. 69)...* Já começava a ficar evidente que os Eps eram muito menos que os trinta e seis iniciais. É importante frisar que, neste momento, houve uma alteração no modelo investigativo. Os "pais e filhos" foram fundamentais para a aproximação aos EPs, mas , agora, já não eram tão importantes. Agrupando as variáveis (as seis listadas), os EPs caracterizavam-se por aquelas semelhanças / diferenças e não mais pela filiação (embora essas se mantivessem fiéis). A partir disto, para caracterizar melhor um EP, não era necessário ficar restrito às teses / dissertações das famílias. Já tinha os componentes a ser buscados nos trabalhos.

Com um coletivo caracterizado(e isto não correspondia mais somente a uma “família” – “um pai e sua descendência”- e sim a diversos orientadores diferentes), restava verificar que características seriam assumidas para se poder afirmar que estava-se diante de um estilo de pensamento. Segundo Fleck (1986, 1994), as propriedades da categoria estilos de pensamento passam por: ...*forma de conceber problemas* (p.67), o que nos reporta às introduções das monografias examinadas. ...*peessoas que compartilham as mesmas concepções intelectuais* (p.81), o que se verifica, examinando a questão da persistência de idéias entre “filhos e pais” e a existência de um grupo de pessoas, não necessariamente da mesma instituição, que compartilham aquela forma de pensar(CP). ...*a totalidade da disponibilidade intelectual, orientada a ver e atuar de uma forma, e não de outra* (p.111), reforçando a questão da filiação, e a “suave coerção” dentro de um EP. ...*definido pelos traços comuns dos problemas,...pelos juízos..., e pelos métodos que emprega como meio de conhecimento...acompanhado pelo estilo técnico e literário do sistema de saber.*(p.145) Aspectos verificáveis na introdução, no método, ao longo dos capítulos, e na verificação de linguagem comum. Outra afirmação de Fleck, ...*procedem do desenvolvimento histórico de muitos elementos de outros estilos* (p.146), nos reporta tanto aos pressupostos teóricos, como à determinação histórica verificável no texto como um todo, mas principalmente na bibliografia e agradecimentos.

III A dimensão histórica e a epistemologia

Juan C. Garcia (Garcia,1981), nas premissas apresentadas em seu texto sobre a história das instituições em saúde na América Latina, afirma que ...

de um ponto de vista epistemológico, opto pela postulação que sustenta que a concepção e a proposição de alternativas educacionais e médicas não surgem por um simples jogo de pensamento, mas têm origem nas experiências dos indivíduos com o mundo material objetivo, nas relações práticas dos homens com as coisas e nas relações das pessoas entre si ...

A proposta de entender os estilos de pensamento em saúde pública (SPB) parte deste mesmo pressuposto: o de que a forma de pensar é originada, em última análise, pelas modificações estruturais da sociedade que vão se dando historicamente, mas com as peculiaridades que estas trazem para cada objeto estudado. Isto não significa negar o movimento que ocorre dentro da própria ciência e que produz conhecimento. Ludwik Fleck (Fleck,1986) sem romper com o conhecimento como produto da história, mostra como este é construído, por um coletivo de pensamento, dentro de um determinado estilo. O entendimento utilizado, portanto, é que o referencial teórico para o estudo pretendido é marcado tanto pela epistemologia de Fleck como pela concepção de história que existe sobre o objeto estudado. No caso da SPB, o entendimento é que devam ser avaliadas historicamente, no mínimo, as seguintes variáveis:

1. As modificações no conceito de saúde: dos miasmas à Med. Social, daí para a teoria bacteriana e os conceitos atuais de SPB ou saúde coletiva.
2. Como isto se dá nas Américas, em especial nos EUA, que vêm a ser fonte para as modificações ocorridas no Brasil (Garcia,1981).
3. No Brasil, uma breve história do desenvolvimento social, e como chegam aqui as primeiras idéias de SPB. A partir daí: A trajetória das duas instituições estudadas (FSP-USP e ENSP), desde a determinação de sua fundação, até as

modificações ocorridas no espaço de tempo, tentando uma correlação com as modificações nas políticas oficiais do setor público de saúde, e com o modelo de desenvolvimento de investigação científica atrelada às modificações estruturais da sociedade, apontando para a forma da produção de teses, já correlacionando-as com possíveis EPs. Ou seja, a História foi uma premissa importante, mas ela só encontra maior significância, se for estabelecida a sua relação com o objeto de pesquisa. Desta maneira, as histórias relatadas têm por objetivo o pareamento das mesmas com os EPs e foram buscadas depois de delineados os possíveis estilos em saúde pública.

III.1 Os primórdios da SPB

Quer se tome como referencial a história do Egito, da Grécia, ou de Roma, o começo da saúde pública pautava-se principalmente em higiene, que podia ser, segundo Hipócrates, dos ares, das águas e dos lugares. Sua base teórica pressupunha o estudo dos astros e a existência de emanações/miasmas que brotariam dos pântanos, por exemplo, e seriam responsáveis pelas doenças/epidemias (teoria miasmática, ou dos eflúvios) (Rosen, 1994).

Esta teoria resiste, com maior ou menor intensidade, até a teoria bacteriana do séc. XIX. Com o declínio do Império Romano, os bárbaros, entre outras causas, destroem o modelo de civilização hegemônico na Europa, que se concentrava em cidades. É interessante notar que as preocupações com a higiene (SPB) eram exclusivamente relacionadas ao meio urbano: construções arejadas e higiênicas, com distribuição de água potável, e pensando na exclusão dos dejetos.

Com as invasões e a decadência das cidades acontece a perda de conhecimento da higiene urbana, e começam a grassar epidemias que atravessam a Europa por um milênio (300 a 1300). É somente com a reorganização das cidades que a SPB reinicia seu pensar. Leuwenhook e Harvey, por exemplo, nos anos 1600/1700, com suas descobertas- microscópio, fisiologia- abrem novos caminhos. William Petty, na Inglaterra, em 1680, coleta dados de doenças e mortes e inaugura a chamada

estatística vital, denominada por ele de aritmética política, tal o grau de importância social que atribuía à analogia de seus achados em relação a atos e omissões dos governos. Esta se constituiu como uma das bases, ou pelo menos uma proto- idéia para os EPs de epidemiologia, tanto clássica como crítica (sub-títulos IV.1.3.2 e IV.1.3.3, respectivamente).

As epidemias ainda existem nesta época, mas mecanismos como os de quarentena, reduzem de forma significativa a sua magnitude. Surge com força uma outra espécie de doenças, decorrente da organização inicial do Modo de Produção Capitalista, diretamente relacionadas à exploração da força de trabalho, ou da não garantia de sua reprodução. É nesta realidade, no começo dos anos 1800, que germina a teoria da Medicina Social, a qual se torna hegemônica nos movimentos revolucionários que correm a Europa – na Prússia, Império austro-húngaro, Inglaterra, e França entre 1830-1850. Esta correlação do processo saúde – doença entre as condições do trabalhador e a exploração capitalista vão ser idéias que serão retomadas enquanto bases para EPs, quase 120 anos após, especialmente no EP- epidemiologia crítica, em seu matiz denominado de saúde do trabalhador.

Acredito ser importante resgatar, aqui, qual o sentido dado para o termo Medicina Social. Almeida Filho(1994), explica-o da seguinte maneira:

...A Revolução Industrial e sua economia política trazem o fato e a idéia da força de trabalho. A formação de um proletariado urbano, submetido a intensos níveis de exploração, expressa-se como luta política sob a forma de diferentes socialismos ditos utópicos porque iniciais. O desgaste da classe trabalhadora deteriora profundamente as suas condições de saúde, conforme mostra Engels (1977) em seu As Condições da Classe Trabalhadora na Inglaterra em 1844, talvez o primeiro texto analítico da epidemiologia crítica. Um dos socialismos passa a interpretar a política como medicina da sociedade, e a medicina como prática política. Desde então, o termo Medicina Social, proposto por Guerin em 1838, serve para designar genericamente modos de tomar coletivamente a questão da saúde. (p.2)

Em 1848, Virchow – considerado o pai da Medicina Social - afirmava que as doenças eram causadas pelas más condições de vida e, junto com Neumann, propõe mudanças nas leis prussianas, objetivando superar a exploração da força de trabalho e garantir melhores condições de sua reprodução, colocando no Estado a obrigação de suprir estas necessidades (Rosen,1980). Leubuscher, Villermé, na França, Chadwick na Inglaterra, Grotjahn na Bélgica, simultaneamente trabalhavam com concepções semelhantes.

Entre 1880-1905, com o desenvolvimento de diversos campos do conhecimento, aparentemente díspares entre si, como patologia, histologia, química, fisiologia e, principalmente, microbiologia eclode uma verdadeira revolução no conhecimento médico. A partir daí, seja por interesse do capital e/ ou do complexo médico-industrial (Navarro,1981), ou porque o conhecimento na área inicia sua fragmentação de fato, ou mesmo por ambos os motivos, perde força o entendimento de saúde como uma questão determinada socialmente.

Behring, em 1893 (Rosen,1980), sintetiza a ruptura com o movimento de medicina social, dizendo que graças à descoberta das bactérias, agora a medicina não precisa mais perder tempo com problemas sociais.

As bases para que se possa pensar em alguns estilos de pensamento que persistem até hoje, localizam-se nestes momentos históricos: uma concepção de higiene como fundamental para manter saúde- desde a antiga Roma (presente, ainda, mesmo que parcialmente, em alguns EPs , como no de Educação Sanitária e Medicina Preventiva- sub-títulos IV.11.2.1 e IV.1.3.4, respectivamente); outra, da medicina entendida como tendo raízes nas ciências sociais(presente nos estilos decorrentes da “macro- tendência ” denominada de Saúde Coletiva) e outra, ainda, de base biológica- a bactéria como causadora única da doença (concepção presente no EP que chamo de Biologia de vetores e cujo nome justifico no próximo capítulo). Se não se pode afirmar com certeza (por falta de estudos nesta área) que se tratavam de estilos de pensamento, por certo, pelo menos como proto-idéias. (Fleck,1986) para o desenvolvimento de futuros EPs, os existentes hoje, são uma evidência forte.

Nas Américas, houve clara influência do modelo europeu, um misto de higiene com medicina social, até o meio do século XIX. Mas uma diferença clara ia se estabelecendo.

III.2 A SPB nas Américas

Enquanto os europeus, nos anos 1830-1850, vivenciavam um processo de ruptura no entendimento de orientar ações de saúde somente para indivíduos isolados, que tinham condições de pagar, e passavam a se preocupar com a saúde correlacionando-a a fatos sociais, nos EUA imperava a lógica religiosa. Esta lógica pregava a salvação individual e a leitura da Bíblia para a resolução de quase todos os problemas (Duffy, 1992). De alguma forma, uma lógica análoga a uma situação que a Europa havia já vivenciado quase cem anos antes.

Embora os médicos americanos sofressem a influência da medicina social européia⁹, a autoridade do clérigo era muito mais considerada que a dos médicos, que aliás eram muito mal vistos pela sociedade. Um exemplo caricatural do funcionamento dos médicos norte-americanos desta época é mostrado nos filmes de faroeste- são aqueles que vendiam elixires e poções em carroções que andavam de uma cidade a outra.

É somente com o movimento abolicionista, pós 1850, pelo seu caráter necessariamente coletivo, em função do entendimento de que esta forma de organização da sociedade era, por um lado um atraso econômico, e por outro, uma discriminação que gerava doenças e morte para os escravos, que começa a mudar essa hegemonia da salvação individual defendida pela Igreja norte-americana.

Se, por um lado, a maioria dos médicos não acreditava que as doenças tivessem uma especificidade (defendiam a quebra do equilíbrio como causa inespecífica das doenças), também é verdade que os poucos que pensavam haver uma causa (ainda não detectada), defendiam o isolamento dos doentes (teoria da quarentena). Paradoxalmente, em se tratando da concepção mais abrangente que

⁹ Um dos representantes do movimento de Medicina Social européia, Chadwick, na Inglaterra, era muito citado nas raras publicações médicas americanas desta época.

tinha a medicina social, a descoberta do germe e sua correlação com a doença foi o grande avanço ao final do século. Ou seja, a teoria de que a doença seria causada por um fator só, vem iluminar a questão do equilíbrio inespecífico, do atendimento somente ao indivíduo, e da quarentena.

É notável (e isto tem a ver com a teoria fleckiana sobre verdade dentro de um EP, relacionada a um momento histórico, que vimos no capítulo II.3- *Os estilos de pensamento em Fleck*) que uma teoria que, à luz dos conhecimentos de hoje entendemos como errada, pudesse, assim mesmo, trazer grandes avanços na área da saúde. É o caso, para ilustrar o afirmado, de T. Jefferson, presidente dos EUA, em 1802, adepto fervoroso da teoria miasmática (relacionada com princípios higienistas). Ele ordena o aterramento dos pântanos nos arredores do rio Potomac, para eliminar os miasmas- eflúvios pantanosos e, com isto, a cidade de Washington passa a ser uma área de baixíssima incidência de Febre Amarela, Dengue, Malária, etc... mas em função da diminuição do mosquito(nossa verdade, hoje) portador do germe, teoria desconhecida na época, e não pelo fim dos miasmas.

Em 1836, a sociedade estatística de N.York começa a produzir dados que são imediatamente percebidos como fundamentais (para entender o processo saúde/doença) pelos médicos. Passam a se apropriar dos dados para o exercício da medicina, fundam a AMA (Associação Médica Americana) e, a partir daí, começa a trajetória para a revalorização da profissão perante a opinião pública. Marca-se então, possivelmente, o nascimento das epidemiologia/ bioestatística, como base para um EP, questão que será aprofundada no próximo capítulo, mas que já existia enquanto proto- idéia desde o século XVII.

Alguns poucos médicos isoladamente, coincidentemente os fundadores da AMA, são concordantes com as idéias européias. Griscom, em 1842, inspetor de N.York descreve, citando dados estatísticos, o quadro pelo qual passava a cidade, com péssimas condições de lixo, água, habitação, comida, limpeza das ruas. Propõe que a construção de moradias decentes para os pobres pudesse ser um bom campo de filantropia para os capitalistas benevolentes. Em 1845, ele já prenunciava que um bom prescrevedor médico não era necessariamente qualificado para exercer sanitário. E

que Higiene era também um ramo da ciência, distinto da prática da cirurgia. Sugere, já nesta época, que a SPB deveria ser uma especialidade médica (caracterizando uma separação entre conhecimentos), oficializando uma dicotomia entre médicos/atenção individual e a saúde pública. Isto é, portanto, mais uma pista que será aprofundada no capítulo em que se verificam os EPs existentes hoje(cap. IV). Tem-se aí presentes, uma concepção multicausal da doença, centrada no biológico, e um modelo administrativo que propõe a conservação das relações de produção (filantropia dos capitalistas benevolentes),critérios que servem de base para o EP Planejamento normativo e Administração dos Serviços de Saúde(subtítulo IV.1.1.1).

De 1857 a 1860, realizam-se congressos americanos de higiene, defendendo uma higiene interna, voltada para os indivíduos e uma externa, basicamente tratando de regras de quarentena. É interessante notar que ainda não era uma especialidade e já se encontrava em processo de fragmentação, ou de bases para estilos de pensamento diferentes (Medicina preventiva individual versus prevenção primária, ou promoção à saúde).

Em 1872, foi criada a Associação Americana de SPB (APHA), em 84 o Canadá torna-se membro, em 92, o México e outros países da América Central , um embrião da futura OPAS. Para os diretores da APHA, todos membros proeminentes da AMA, a ciência sanitária é um segmento da economia política, e deve ser encorajada pelo Estado, que deve criar os condicionantes para a saúde. A característica de serviços públicos de saúde, responsabilidade do estado e economia política é, portanto, mais um provável EP, que deixará de ser hegemônico, e sobreviverá enquanto proto-ideia para alguns estilos, como o Planejamento normativo(subtítulo IV.1.1.1), mas especialmente para os EPs- Planejamento Estratégico(subtítulo IV.1.1.2)- e Atores Sociais no Setor Saúde (subtítulo IV.1.1.3) (tentar-se-á resgatar e aprofundar esta idéia no próximo capítulo). A partir de 1880 começam as “descobertas” das bactérias que causam doenças mortais. Em 1886, o MIT (Massachussets Institute of Technology) oferece o 1º curso de SPB das Américas. Já em 89, é também oferecido o primeiro curso de bacteriologia de laboratório. Se o início da saúde pública propriamente dita foi caracterizado pela utilização da estatística/ matemática, pelo entra e sai da hegemonia

da medicina social, agora passa a ser bacteriológica também, com atuações sobre o indivíduo, ou sobre o coletivo.

Em 1910, é criado nos EUA o Departamento Nacional de Saúde. Já desde 1900, a APHA nomeia uma comissão para estudar o ensino de higiene e criar a especialidade em SPB. O problema que surge e retarda a instalação de um modelo único, é que os engenheiros reivindicam que a SPB seja uma exclusividade de engenheiros, e os médicos também. E na área da medicina havia divergências, se a ênfase deveria ser em prática médica, ou em cuidados sociais. Subseqüentemente químicos e bacteriologistas reivindicam a área como sua. Até 1910, algumas universidades oferecem cursos de SPB e a ênfase é diferenciada em cada uma (Engenharia, prática médica, bacteriologia, etc.) (Duffy, 1990).

Flexner, secretário da Rockfeller Foundation, defende que educar profissionais de SPB requer uma escola separada das outras profissões. A Rockfeller promove uma conferência nacional em 1914 para tentar delimitar /recortar melhor a área. Em 1915, Welch, da J. Hopkins (a ex-universidade de Flexner), convence Flexner e em 1916 surge a Escola Médica de SPB, a J.Hopkins School of Hygiene and Public Health.

Uns anos antes, em 1910, no afã de estabelecer um padrão para a educação médica, a AMA, e Flexner divulgam um relatório que propõe a redução do número de faculdades de medicina nos EUA, em mais de 50%. Justamente na época que a SPB estava tentando construir sua identidade multiprofissional (em grande expansão), o relatório diminui em muito o impulso naquela direção. A verdade é que, com a reforma flexneriana (positivista, centrada no hospital, mecanicista e biologicista) (Mendes, 1985), os médicos passam a olhar a SPB não mais como atividade inerente à prática médica, mas como algo estranho, que não mais lhes dizia respeito.¹⁰ Essa dissociação entre medicina clínica x SPB, embora não seja objeto da análise desta tese, pode ter uma de suas matrizes importantes a partir dessas ocorrências. Nas considerações finais, retomo esta discussão.

¹⁰ Esta reforma, um marco na educação médica, porque, a partir dela que a fragmentação em especialidades médicas passa a ser a regra na formação. As características da reforma (positivista, mecanicista, etc...) são citadas por autores diversos, como: Sanginés(1981), Navarro(1981), Juan Garcia(Nunes, 1989), Waitzkin(1981), Mendes(1985), etc. Mas o conteúdo da reforma flexneriana, no Brasil só vem se consolidar pós década de 50 e, especialmente após o golpe militar de 64, atendendo os interesses de expansão do complexo médico-industrial(Da Ros, 1991)

III.3 No Brasil

A história da SPB no Brasil pode ter vários recortes, mas a formação de profissionais de saúde no Brasil só começa a partir de 1808, com a vinda da família imperial e o Brasil passando a ser a sede do Império Português. É a partir deste ponto, portanto, que marcar-se-á o início de um pequeno resumo histórico (epistemológico).

Com a chegada de D. João VI, é inaugurada a primeira escola de medicina do Brasil (para cirurgiões militares) em Salvador. Mais tarde, com a independência e a constituição de 1824, o país fica dividido em províncias, com presidentes nomeados pelo imperador, com senado vitalício e uma câmara de deputados eleitos pelas províncias, dentre as pessoas que tivessem renda superior a 100 mil réis /ano (Lyda, 1994). Nesta não- democracia, a questão saúde se apresentava como de domínio privado, familiar e, no máximo, uma questão local, onde formavam-se "comissões de homens bons" com funções filantrópicas e fiscalizadoras, em relação à saúde.

Algumas províncias, a partir de 1850, coletavam dados, demonstrando que a saúde da população era bastante precária. Em 1860, por exemplo, no Rio de Janeiro, a mortalidade por Tuberculose foi de 1% da população e mais 1% por febre amarela (só naquele ano). Essas taxas de mortalidade mantêm-se até aproximadamente o ano de 1900, com surtos intercorrentes de varíola e malária também dizimando a população. Os dados provinciais são esparsos, mas indicam, por exemplo, aumento do número de leprosos em S. Paulo e epidemias de febre amarela em Salvador.

As teorias que orientavam as ações eram determinadas pela igreja, que realizava dias de penitência e orações (uma mescla da concepção religiosa, higienista, e estatística), auxiliada por uma pequena parcela de recursos do Estado, repassada para as províncias (com seus homens de bem- os planejadores/ administradores de saúde de então). Delegavam-se, portanto, responsabilidades, e com cortes freqüentes de verba. Os municípios criavam regulamentos e legislavam sobre saúde, mas como não havia verba.... No último ano da monarquia, os recursos destinados para a Higiene Pública foram da ordem de 0,4% do orçamento, comparando com 35% para as vias

férreas e 19,6% para marinha e guerra. Ou seja, a ausência do Estado brasileiro em políticas sociais é antiga.

Até o início do século XX, praticamente nenhuma ação coletiva para proteger a saúde da população brasileira havia sido tomada. Para se ter uma idéia de como era a situação, em 1904, o Rio de Janeiro já contava com 706 mil habitantes e tinha uma situação tão calamitosa (dengue, tuberculose, febre amarela, malária, varíola), com os mangles sem drenagem e recebendo todos dejetos da cidade, com pouca água potável, sem esgoto e com tanta sujeira pelas ruas, que os diplomatas ingleses que ali atuavam recebiam adicional de insalubridade em seus proventos, por habitarem o RJ (Lyda, 1994).

Oswaldo Cruz, do Instituto Pasteur, é nomeado diretor de SPB no governo Rodrigues Alves, em 1903, e pode-se dizer que, com imenso retardo, (inclusive em relação a outros países da América), enfim, começa a SPB no Brasil. As primeiras ações são campanhas de saúde, como vacina obrigatória, operações mata-mosquito, limpeza urbana, que imediatamente reduzem as taxas de febre amarela, peste e varíola. A instituição estabelecida como responsável por pesquisas e por pensar as ações de saúde é o Instituto de Manguinhos - futura Fundação Oswaldo Cruz, onde se localiza a Escola Nacional de Saúde Pública- uma das escolas escolhidas como objeto de estudo, neste trabalho. Vê-se, aí, uma das bases para pensar o entendimento de SPB na época: Epidemiologia/ Estatística, Administração e planejamento de ações de saúde, sob uma concepção higienista e multicausal do processo saúde-doença.

As campanhas pensadas e executadas, no entanto, não foram recebidas tranqüilamente pela população. O contexto da época era o seguinte: o Governo Rodrigues Alves representava os fazendeiros e as oligarquias. Contra ele se alinhavam desde os florianistas, os positivistas¹¹ (movimento que transcendia a forma de encarar ciência e assumia um papel politicamente importante na época), ao movimento operário e às massas populares urbanas (Joffily, 1998). Em 1904, com a obrigatoriedade da vacina, rapidamente organiza-se uma liga contra a vacina obrigatória – protesto libertário – dispendo-se a ser contra a vacinação, até “a bala” se fosse necessário. A

¹¹ Embora seja conhecido, e evidente que movimentos como o positivismo transcendem a Ciência, é importante assinalar este acontecimento, porque nesta época não havia elusão a esta questão. Era público que o positivismo era também (ou principalmente) um movimento político e ideológico, com menos máscaras que hoje.

Escola Militar organiza, então, um levante em solidariedade, que chega a vencer a Guarda Nacional, para depor o presidente. A Marinha interfere, e o saldo, após seis dias de batalha campal nas ruas, é de trinta mortos e mais de novecentos presos. A vacinação é suspensa como parte da negociação pela paz, mas uma vez a paz obtida, ela é retomada. As questões de saúde-doença eram motivo de "revolução".

A SPB, portanto, incorpora-se como política governamental, mas entendida de uma forma, aos olhos de hoje, bastante estranha: verbas para a saúde eram somente para hospitais, laboratórios, pesquisa e controle de imigrantes, mas a atividade de campanhas de erradicação de epidemias, recebia recursos que estavam vinculados a outros ministérios (isto não era entendido como saúde). Neste sentido, a SPB não se institucionalizou (Ministério da Saúde, 1995).

Um fato importante ocorre em 1918. A epidemia de gripe espanhola mata oito mil pessoas em quatro dias em S. Paulo, e dezoito mil e quinhentas no RJ. Ocorrem mais de trezentos mil óbitos no Brasil todo. Rodrigues Alves, recém reeleito, não chega a ser empossado porque é uma das vítimas fatais da epidemia.

É somente em 1920, no governo Epitácio Pessoa, que ocorreu a primeira tentativa real de institucionalização da SPB no Brasil, com a campanha nacional contra a ancilostomíase. Em toda a primeira fase da República (1889-1930), o pensamento hegemônico nas classes dominantes era declaradamente positivista e foi para que se fizesse a "ordem e progresso", lema positivista, que o Estado começou a assumir a responsabilidade pela saúde da população (Lyda, 1994). Para constituir essa esfera de ação estatal, criar corpo de funcionários, estrutura administrativa, bases para a tentativa de estruturar um estado capitalista moderno, buscou-se a formação de intelectuais para o exercício das funções, destacando-se o papel do Instituto Oswaldo Cruz – criado com a reforma de ensino superior de 1925 – no RJ, e o Instituto de Higiene em SP, que vão, respectivamente, ser as bases para a formação de recursos humanos em SPB até os dias de hoje, com os nomes de ENSP-Fiocruz-Manguinhos e Faculdade de SPB-USP. São justamente estes, os dois locais onde realizei as investigações para tentar compreender os estilos de pensamento em SPB, e o papel jogado, desde o início, por ambas as Instituições, foi um dos determinantes pela opção de trabalhar com elas.

É a partir da elaboração do código sanitário de 1918, da campanha de 1920, e da reforma de ensino de 1925, que a SPB mostra seu modelo brasileiro de atuação: além do controle de doenças transmissíveis, entram, também, a higiene do trabalho, do alimento, do escolar, a lepra, a fiscalização de medicina e farmácia. Essas áreas ampliam-se entre 1931 e 1938, para incluir tuberculose, sífilis, doenças venéreas, assistência dentária e febre amarela(Candeias,1984).¹²

O Ministério da Saúde e Educação somente foi criado em novembro de 1930, no governo Getúlio Vargas , ou seja, 20 anos depois da criação do mesmo organismo nos EUA. E passa a ser somente da saúde, em 1953, então, com atraso de mais de quarenta anos.

Torna-se importante estabelecer o nexu histórico das duas instituições de ensino de SPB envolvidas neste trabalho com a história da saúde no Brasil. Para tanto, interrompe-se, agora, a história da República de caráter mais geral para ser retomada a posteriori, em conjunto com a atuação dessas duas instituições.

III.3.1 O Instituto de Higiene – SP

A burocracia sanitária do estado de SP recebeu seu treinamento basicamente sobre influência americana e, tendo seu espaço limitado à Faculdade de medicina, busca sua autonomia criando o Instituto de Higiene. Em 1918, estabelece convênio com a Fundação Rockefeller para que aquela ministre cursos de Higiene na Faculdade de Medicina. Com a ampla benevolência dos recursos americanos (Candeias,1984; Vasconcellos,1995; Ribeiro,1993) e disponibilidade de professores, constróem um grande laboratório na Faculdade de Medicina, que, em 1924, conseguem separar da Faculdade, transformando-o no Instituto de Higiene . Ainda em

¹² É interessante notar, que nesta época, a principal tendência de delimitar áreas na saúde publica é o enfoque das doenças enquanto unidade de programação de ações. Neste momento que se demarca a SPB, oficializa-se também a dicotomia com a assistência médica, privada, de caráter liberal e sem nenhuma preocupação do Estado. A partir de uma lei da Câmara de deputados, a lei Elói Chaves de 1923, cria-se a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários. A partir daí, vão surgindo os Institutos de Aposentadoria e Pensão, por categoria profissional. As categorias mais organizadas nos seus institutos, tinham não só assistência médica, como acesso a exames e hospitais próprios. É o caso dos industriários (IAP), ou dos bancários (IAPB)(Escorel,1987).

1918, indicados pela Rockefeller Foundation, dois brasileiros fazem parte da primeira turma da John Hopkins School of Hygiene and Public Health (financiada pela Rockefeller). São eles, Paula Souza, e Borges Vieira, futuros dirigentes do Instituto. Durante cinco anos a instituição é dirigida por técnicos americanos indicados pela própria Rockefeller.

De 1927 a 1930, múltiplas solicitações de ajuda foram feitas por esses brasileiros, já então diretores do Instituto, após seu retorno ao Brasil, com a intenção de transformar o Instituto de Higiene num instituto internacional. Yunes e Campos (1984) analisam este período da SPB, e caracterizam-no como um estilo de atuar intitulado de controle de epidemias, ou de polícia sanitária, até, mais ou menos, 1930.

O período que se inicia com a reforma universitária de 1925, vai ter seu apogeu no governo Vargas, com ênfase na formação de recursos humanos e é chamado por Yunes de fase da Educação Sanitária (uma possibilidade a investigar é que a periodização proposta por estes autores, embora não caracterize estilos de pensamento, deixasse, pelo menos, bases para os mesmos, o que tentar-se-á aprofundar no próximo capítulo).

Um primeiro curso de educadores sanitários é proposto em 1925. Mas é somente em 1929 que acontece o primeiro curso de higiene e SPB para médicos. Em 1931, o Instituto de Higiene e SPB é reconhecido oficialmente como unidade de ensino, e incorporado à USP em 1938 (Candeias, 1984). Em São Paulo é criada, em 1931, a Secretaria de Educação e Saúde Pública. Em 1947, separa-se da educação e junta-se à Assistência Social.

O reconhecimento federal do curso de higiene e SPB para médicos dá-se em 1941, quando o curso passa a adotar o padrão federal de um ano de duração para esta especialização.

A partir daí, as especializações no instituto desenham, de alguma forma, as necessidades demandadas pelo governo de SP e pelo País, induzindo formas de pensar a SPB. Em 1939, auxiliares de SPB para o setor alimentação; em 1945, curso de SPB para engenheiros; em 1950, especialização em entomologia médica (insetos); em 1951, em convênio com a Fundação Kellogg, curso de administração Hospitalar; em 1954, em colaboração com a OPAS (Organização Pan- Americana de Saúde),

curso de SPB para veterinários; em 1958, convênio com Kellog e OPAS, para Cirurgiões dentistas. Em 1970, é regulamentado o mestrado e doutorado. É só em 1982 que o curso de SPB da USP passa a ser oferecido para profissionais que atuem em SPB indistintamente de sua profissão básica.

A formação primeira dos professores do Instituto não só estava vinculada ao modelo norte-americano como as pós-graduações dos quadros de docentes eram todas realizadas nos EUA. Além da formação, os financiamentos para a construção de prédios, para equipar laboratórios, para pesquisas e bolsas profissionais, têm uma vinculação com a Rockfeller, que vem desde 1916 até os dias de hoje, e com a Kellog, a partir de 1942, também até hoje. Muitas disciplinas oferecidas aos alunos eram ministradas por professores americanos até o início da década de 60. A formação dos primeiros "pais"-orientadores, que gerarão outros orientadores de teses e dissertações da FSP-USP, é realizada nos EUA- Ruth Marcondes, Rodolfo Mascarenhas, por exemplo. No capítulo IV, analisarei esta questão, que se torna fundamental para a compreensão dos EPs em SPB.

Os primeiros sanitaristas brasileiros, fundadores do Instituto de Higiene, foram bolsistas da Rockfeller, estudaram na John Hopkins University e mantiveram forte elo com a lógica sanitária americana para o terceiro mundo (Paula Souza e Borges Vieira são exemplos disto). O prédio onde funciona até hoje a Faculdade de SPB da USP (ex- Instituto de Higiene) foi todo doado pela Fundação Rockfeller – são três andares, com aproximadamente 5000m² – que exigia todo o tempo a desvinculação da Saúde Pública, da Faculdade de Medicina. Mas, mesmo em São Paulo, na década de 30, já existiam duas formas bastante antagônicas de pensar SPB, determinadas uma pela concepção pró-americana e outra tentando caracterizar um modelo "nacionalista". Possivelmente, novas bases para irem se constituindo estilos diferenciados de entender SPB.

Segundo Mascarenhas (1959), esta tendência nacionalista, que negava os centros de saúde como eixo de toda organização sanitária, atrasa o desenvolvimento da SPB em SP por dezenas de anos (a Rockfeller Foundation tinha doado treze centros de saúde para o Brasil). A doação de 1.500.000 dólares feita pela Rockfeller ao governo de SP, oriundos da rubrica – International Health – e não da Medical Education é

explícita (a primeira, International Health, está desvinculada da prática médica, caracterizando, desta forma, que saúde pública e medicina são assuntos desvinculados) e isto tem conseqüências. Uma instrução tão especializada não pode ser dada num curso usual de medicina. Que se aprenda SPB só no pós graduação!

Para que se vislumbre a forma dependente dos EUA (ou pretensamente "neutra") em que era pensada a SPB pela direção do então instituto, quando eclodiu a revolução de 1930 no Brasil, que determinou profundas mudanças de rota no país, os soldados aquartelam-se no Instituto. Seu diretor dizia que os soldados tinham que sair dali, senão a Fundação Rockefeller ficaria com uma impressão muito ruim do Instituto por estar com as atividades paradas (Candeias, 1984).

A partir de 1931, já com o governo Vargas, são editados alguns decretos importantes para a história de formação de recursos humanos em SPB. Regulamentam-se as Universidades brasileiras. Cria-se a Universidade do Rio de Janeiro, antiga Universidade do Brasil, (Joffily, 1998). Invalidam-se os diplomas de especialização feitos pelos estados isolados, criando-se normas de adaptação para poderem ser revalidados. Afirma-se, nesta época, que a SPB não era de um curso de aperfeiçoamento para médicos, mas sim a criação de uma nova carreira (Ministério da Saúde, 1995).

Estava oficializada a separação (também no Brasil, pois já havia ocorrido nos EUA em 1915) e o início da dificuldade de comunicação entre a SPB e a medicina. Para melhor caracterizar essa afirmação, tentar-se-á caracterizar qual era a lógica para pensar SPB na ocasião.- Um estilo de pensamento específico para uma concepção generalista em SPB? Paula Souza, em 1928, dizia qual era o corpo de conhecimentos que deveria ter um profissional de SPB:

Parasitologia, Química aplicada à Higiene, Higiene pessoal, Nutrição e dietética, estágios em serviços de tuberculose e venerologia no primeiro trimestre de formação; no segundo, o conteúdo seria: bacteriologia e imunologia aplicadas à Higiene, Estatística vital e Epidemiologia, Administração sanitária, e estágios na Inspeção de Moléstias Infecciosas. No terceiro: Higiene fisiológica, Higiene mental, Engenharia sanitária, Higiene pré-natal, Pré-escolar, e Escolar. O quarto

trimestre era reservado para estágios em determinados serviços e elaboração de trabalho final escrito, sobre tema de interesse para Higiene. (Candeias, 1984)

O autor caracterizava, desta forma, as bases para uma forma de pensar SPB, com pensamento simultaneamente unicausal (a bactéria ou o parasita como a causa das doenças), embora com conteúdos multifatoriais; e higienista-responsabilidade do indivíduo pela sua saúde.

Em 1934, foi criada a USP e o Instituto de Higiene passa a ser uma das suas unidades formadoras, desde o começo. Mas ela já começa se indispondo com o governo federal para validar o diploma de seus médicos-especialistas, o que só vai conseguir em 1941. Passa daí a integrar de fato o corpo de unidades da USP, como unidade independente em 1945, quando passa à se chamar de Faculdade de Higiene e SPB. Neste hiato, sua formação subordina-se à do Instituto Oswaldo Cruz no RJ. Seus profissionais deveriam, para ter seus diplomas validados, fazer um curso de aplicação no RJ, que acrescentava matérias e, teoricamente, homogeneizava os conhecimentos. Pelo decreto de 1931, só os sanitaristas formados pela Universidade do RJ (ou que se submetessem ao curso de aplicação) tinham direito a cargos federais. Isto dificultava ainda mais a relação entre RJ e SP, como que subordinando SP ao RJ (duas grandes macro-tendências diferenciando a base dos estilos de pensamento, que serão aprofundadas no capítulo específico sobre os EPs), o que não era absolutamente bem recebido pela elite paulista.

Algumas características que predominavam no pensamento do Instituto de Higiene já se faziam notar desde muito cedo. A mortalidade infantil em SP, entre 1909 e 1924, era de 323 por mil, mas afirmava-se que não era um problema de miséria, e sim porque as mães desconheciam cuidados de puericultura. Paula Souza era explícito (Ribeiro,1993) no sentido de afirmar que não adiantava tentar mudar a sociedade, tinha era que se fazer um trabalho educativo. Há aqui uma clara evidência da negação dos pressupostos da medicina social virchowiana, ou da chamada Saúde Coletiva, que tem o entendimento da doença como determinada socialmente, aspecto importante para entender EPs. Este mesmo Paula Souza é proponente e fundador da Organização Mundial de Saúde, o Fórum mundial para pensar a saúde.

Em 1918, o primeiro diretor do laboratório de SPB da USP foi Samuel Darling, ex- técnico de operações da Rockefeller no Panamá, onde tinha ficado três anos investigando insetos (Vasconcellos, 1995). A lógica das investigações, portanto, fica bastante clara. Há uma citação no livro de Vasconcellos (1995) que traduz as intenções não explicitadas da Fundação:

A fundação Rockefeller foi fundada em 1913 como parte dos projetos "filantrópicos" de John D. Rockefeller, com o objetivo declarado de desenvolver a "compreensão" entre os povos da terra, mas sua atuação se desenvolveu para criar condições sanitárias adequadas nas regiões de interesse para seus investimentos e para os planos de expansão da Standard Oil Company e outras empresas do grupo. As experiências da Fundação em pesquisas e intervenções médicas, no entanto, remontam a 1901, quando realizou estudos sobre a verminose e malária e divulgou princípios de educação sanitária em áreas rurais do sul dos EUA, buscando demonstrar a rentabilidade dos investimentos em saúde para o aumento da produtividade da força de trabalho. Após a Primeira Guerra Mundial, suas atenções voltaram-se para o saneamento e o combate de doenças "debilitantes" da força de trabalho- ancilostomíase e malária- em diversos países da América Latina, incluindo o Brasil. (Vasconcellos. 1995, p. 57).

A transformação da lógica da Rockefeller dá-se pós 1940. Não mais se interessa por doenças tropicais e sim com educação médica e medicina nuclear. A partir de 1953, faz questão de não mais se envolver diretamente com os rumos das pesquisas/investigações brasileiras. Passa a ter o que se chama de abordagem indireta (Vasconcellos, 1995).

Os esforços de ruptura com a lógica americana de SPB dão alguns frutos em 1948, quando o governo admite que SPB e a assistência médica devem andar juntas, contra a proposta dos EUA.

III.3.2 Um interregno para recontextualizar a história do movimento, no Brasil

Em 1949, o presidente dos EUA cria uma entidade para cooperação internacional, especificamente para ajudar a resolver as questões de saúde no Brasil, chamada Ponto IV, que objetiva ações de saúde e saneamento em áreas rurais. Em 1959, pós Revolução em Cuba, aumentam substancialmente os recursos e, com eles, se constroem-se unidades agromédicas-sociais. Entre 1960 e 1972, Planejamento em saúde e Medicina Preventiva são as áreas consideradas prioritárias para convênios com os EUA ou com a OPAS (Vasconcellos, 1995). Ficam assentadas, então, as bases para estes dois EPs.

Em 1963 acontece o primeiro curso de planejamento, com método desenvolvido na Venezuela, para toda América Latina, com a intenção de aplicar programações mais eficientes nas políticas sociais, na tentativa de encontrar caminhos que evitassem a possibilidade de eclodirem outras “Cubas” (Rivera,1982). O que permeia, então, toda a lógica de saúde é a chamada ideologia desenvolvimentista.

Segundo Lyda (1994), na década de 50, os baixos salários oferecidos pelo setor público passaram a conduzir os médicos para a atividade privada, ou para a complementação salarial em atividade junto aos IAP's. Já a partir do golpe militar no Brasil, e da implantação do desenvolvimentismo, após 63, inicia-se a produção de um chamado excedente médico, que permite que se organize a carreira do médico sanitaria no Brasil. Os salários já não pareciam tão baixos.

Em outro trabalho (Da Ros , 1991), argumento que o golpe militar de 64 faz com que as análises tenham que ser feitas de uma forma particular. O modelo de atenção médica dominante, antes do golpe, podia ser definido sucintamente como: para os ricos, prática médica privada e liberal; para os trabalhadores organizados, os IAP's; para os pobres e trabalhadores desorganizados, os hospitais de caridade e as ações de SPB. Após o golpe, há grande desenvolvimento do Complexo Médico-Industrial, medicamentos, hospitais, equipamentos desnecessários, super especialização médica (entrávamos definitivamente –com 50 anos de atraso– na era flexneriana) (Da Ros,1991).

Com o privilegiamento do recurso público para a assistência médica previdenciária e dessa, em especial, para fortalecer o setor privado, setores contra hegemônicos começam a despontar na primeira grande crise do governo militar na década de 70: são os preventivistas do Ministério da Saúde, em função da diminuição de verbas para a prevenção; os publicistas da previdência, em função dos recursos beneficiarem hospitais privados, em detrimento dos públicos; um movimento de intelectuais da saúde, nas universidades, defendendo um modelo democrático, socializado, e que não privilegiasse o capital; um movimento estudantil que reivindicava o fim da ditadura militar e o fim da ingerência do setor privado no recurso público; um movimento popular de saúde, trabalhando junto com a igreja progressista, reivindicando a utilização de medicina natural; e, por último, a partir de 1976, um movimento chamado de saúde comunitária, defendendo um modelo que integrasse a medicina curativa com a preventiva (Da Ros, 1991).

Todas essas forças vêm a se constituir o que a partir de 76 fica conhecido como Movimento Sanitário, propugnando, a partir inclusive de modelos como o italiano, o inglês ou o cubano, uma reforma sanitária. O governo militar, por sua vez, apostava cada vez mais no privilegiamento do complexo médico-industrial, que resistiu até a crise do petróleo em 1974. A partir daí, verifica a insustentabilidade do modelo e propõe, inclusive, de forma aparentemente contraditória, alternativas defendidas pelo modelo contra hegemônico, como tentativa de manter sua legitimidade no poder (Da Ros, 1991). É nesta época que a ENSP consegue financiamento para iniciar e aprofundar estudos na área chamada de Saúde Coletiva, originando toda uma forma de pensar bastante diferenciada do modelo que estava em vigor na USP (aprofundo esta questão, que é chave, no capítulo IV, que trata dos EPs em SPB).

III.3.3 E a ENSP-FIOCRUZ?

É bastante difícil dissociar a história da FIOCRUZ/ ENSP da história da cidade do Rio de Janeiro, capital da República, uma cidade com uma formação cultural/social bastante diferenciada da de S. Paulo. As características de S. Paulo remontam fundamentalmente do chamado "espírito bandeirante" com as conseqüências do desenvolvimento de uma burguesia oligarca, decorrente das plantações cafeeiras e com veleidades de ser independente de governos centrais que não tivessem as marcas de São Paulo (Hochman, 1998).

A primeira universidade brasileira, a do Rio de Janeiro, data dos recentes 1920 e, assim mesmo, era somente uma colagem de faculdades isoladas que tomaram esse nome em função de homenagear com um título honorífico ao rei da Bélgica em visita ao Brasil (Joffily, 1998). Para que se tenha uma idéia dos valores reinantes no Brasil nesta época, quem organizou a universidade foi o Pres. Epitácio Pessoa, o mesmo que, em 1920, proibiu a participação de negros na seleção brasileira de futebol.

É somente em 1931 que Francisco Campos, ministro de Educação e Saúde Pública de Getúlio Vargas, cria o estatuto das Universidades brasileiras, e reorganiza de fato a "tal" universidade, até então fictícia, do RJ, fixando um modelo federal. Neste mesmo ano, na 4ª Conferência Nacional de Educação, no manifesto dos pioneiros da educação, são lançadas as bases na defesa de um ensino público, gratuito, laico, de qualidade e obrigatório. A USP, fundada em 1934, a rigor a primeira universidade de fato do Brasil, tem sua origem ligada diretamente à situação de S. Paulo (Joffily, 1998).

Tendo sido derrotada nas urnas nacionais em 32, a próspera elite paulista quer jogar um papel nacional que exalta seu bandeirantismo e caracteriza-se por ter uma concepção divergente ao governo Vargas. Até na contratação de seus primeiros professores para a universidade aparece manifesta toda essa concepção "elitista" (Joffily, 1998). Para sua espinha dorsal, filosofia, ciências humanas e letras, contratam professores de alta graduação estrangeiros – Levi-Strauss, Roger Bastide, entre outros. Ao todo 6 franceses, 4 italianos e 3 alemães (europeus, portanto), correspondendo, de fato, a uma ausência de pesquisadores no Brasil, mas também significando uma

possibilidade de ruptura com a hegemonia americana dentro da FSP, uma vez que esta também integrava a USP.

Em 1935, cria-se a Universidade do Distrito Federal, que nasce criando cinco faculdades, dentro de um projeto do educador Anísio Teixeira. Esta universidade também busca para compor seus quadros, professores estrangeiros, dada a carência deles no Brasil. Com a repressão ao movimento político denominado ANL (Aliança Nacional Libertadora), de inspiração comunista, Anísio Teixeira (simpatizante) é afastado da direção. A partir daí, o projeto perde força, e é incorporado à Universidade do RJ em 1938. É bom lembrar que a situação no RJ era marcadamente diferente da de SP. O RJ, em 1936, teve seu prefeito afastado e preso por apoiar a ANL e em 45, quando o PCB lança um candidato a Presidente da República, que faz 9,5% dos votos no Brasil, 27,5% dos votos são no RJ (Joffily,1998). Este dado é importante para entendermos as diferenças entre a FSP, que se dizia neutra, em São Paulo e a postura política distinta do Rio de Janeiro.

A história da formação de recursos humanos em SPB no RJ pode ser localizada a partir de 1917, quando foi criado, na Faculdade de Medicina do RJ, o Curso de Medicina Pública. Em 1925, com a reforma do ensino superior, cria-se o Curso de Higiene e SPB, com a finalidade de "criar médicos que pretendessem desempenhar funções sanitárias". Ao IOC (Instituto Oswaldo Cruz- ex- Instituto Pasteur) foi atribuída a responsabilidade administrativa, técnica e didática sobre o curso. É somente em 1941 que o curso de higiene e SPB passa a ser anexado definitivamente ao IOC, sob a denominação de curso de SPB (como se pode notar, não mais de Higiene) (Ministério da Saúde,1995).

Este curso era subordinado ao Departamento Nacional de Saúde, tomando, portanto, ares de caráter nacional. Para que ficasse com um desenho comum, foram acrescentadas disciplinas de parasitologia, bacteriologia e imunologia (Ministério da Saúde,1995).

Em 1954, a lei 2.312 definiu que a União manteria uma Escola Nacional de Saúde Pública, a qual poderiam se equiparar outras existentes no País, ou que fossem fundadas e pleiteassem o seu reconhecimento. Em 1958, a ENSP fica vinculada diretamente ao Ministério da Saúde. E, em 1966, a ENSP, junto com outros

estabelecimentos, passa a fazer parte da Fundação Ensino Especializado de SPB. Em 1970, os sete Institutos envolvidos, entre eles o Instituto Castelo Branco (novo nome da ENSP) passam a ser conhecidos pelo nome de Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). É somente em 76 que a ENSP volta a chamar-se desta forma (Ministério da Saúde, 1995).

Em 1958, pelo decreto 43.926, que a vincula ao Ministério da Saúde, a ENSP estrutura-se e define as condições básicas para que os profissionais da medicina sanitária pudessem ingressar em cargos e funções federais. Em 1961 é promulgada a lei que equipara outros cursos de SPB aos da ENSP. Em 66, outra lei oferece um caráter de excepcionalidade aos cursos de SPB da ENSP, dando autonomia didática, sem subordinação à legislação geral do ensino. O conceito de Pós-graduação só é firmado no Brasil, no ano de 1965, com o parecer 977 do Conselho Federal de Educação. É fundamentada neste parecer que a ENSP realizou o curso de mestrado em SPB, nos anos de 1967 e 1968. A partir de 1969, com as novas regras da lei 5540, são suspensas as possibilidades da ENSP continuar sua formação sem uma adaptação às novas regras. Alguns dos atuais professores da ENSP são portadores do título de mestres daqueles cursos de 67/68 (mas suas dissertações não aparecem nos catálogos publicados pela ENSP, portanto não foram buscadas para a realização deste trabalho).

É somente em 1977 que a ENSP consegue, atendendo às diretrizes do II plano básico de desenvolvimento científico e tecnológico, voltar a promover Pós-graduação strictu sensu, com duas áreas de concentração: Planejamento em Saúde e Epidemiologia. Inicia com dezessete alunos. Em 1977, consegue bolsas do CNPq. Em 1979, da Capes. Em 1980, um parecer do Conselho Nacional de Pós-Graduação do MEC coloca-o como curso de alto nível. Além dos departamentos que tinham área de concentração, ganha importância crescente o departamentos de Ciências Sociais e Saúde. A constituição majoritária dos professores era de militantes do Movimento Sanitário e, praticamente a unanimidade dos profissionais não têm sua formação vinculada à da Faculdade de SPB da USP (e vice-versa). É importante, para que se localize ainda mais as diferenças que se foram construindo historicamente entre ENSP e FSP-USP, a questão da liberação de financiamento específico para investigações em saúde coletiva, conquistada pela ENSP, com marco teórico claramente calcado no

materialismo histórico marxista. A partir do financiamento obtido pela FINEP e depois pela Capes e CNPq, a ENSP inicia investigações em temas tais como: Capital e trabalho, epidemiologia social, planejamento estratégico em saúde, sociologia e saúde, economia capitalista e saúde, áreas que a FSP-USP não investigava. E parece claro que a história política dos atores sociais de ambas as instituições determina as investigações diferenciadas (Burlandy, 1998; Nunes, 1985). Isto será retomado com ênfase quando da análise dos EPs em SPB, no próximo capítulo.

III.4 Um outro jeito de entender/ síntese dos nexos históricos

Juan César Garcia, possivelmente o mais importante historiador da saúde pública nas Américas (Nunes, 1989), propõe uma periodização para que se entenda SPB nas Américas: do séc. XIX a 1930; de 1930 a 1960; de 1960 aos dias de hoje (é importante lembrar que Garcia morreu em 86 e, portanto, sua história pára pouco antes disto). Tenta fazer uma correlação entre o que ocorre nos EUA e no restante da América, tanto em nível de economia, como de educação e de SPB. Isto parece ser bastante importante para caracterizar a determinação social/histórica dos EP.

Séc. XIX a 1930 – Nos EUA, ao final do século, ocorre um intenso desenvolvimento de grandes centros universitários. A atenção médica é a prática predominante na área da saúde. Ao começar o novo século, dá-se a fragmentação da medicina em especialidades médicas, decorrentes da reforma flexneriana. Os EUA aceleram a industrialização e, em conseqüência, desenvolvem uma grande rede ferroviária, com intenção econômica de desenvolvimento de um forte mercado interno.

Em função disto, há grande estímulo ao consumo individual de produtos e serviços, inclusive o de saúde, gerando uma forte prática médica individualizada.

Alguns anos depois, desenvolvem a chamada "atenção médica moderna", com concentração, em um mesmo local, de diversos especialistas que utilizam um grande arsenal de equipamentos e medicamentos. Em fins de 1920, havia se desenvolvido um grande número de trabalhadores especializados, orbitando em volta do trabalho médico hospitalar. Desenvolve-se um novo e grande mercado para a

indústria – os medicamentos e equipamentos, que tenta conferir um caráter científico à medicina, inteiramente baseado no modelo flexneriano e positivista.

O ensino baseado no laboratório, aplicado à atenção médica fragmentada e hospitalar, é o triunfo da concepção "científica". O informe Flexner, relacionado à Fundação Rockefeller, influencia o desenvolvimento dos grandes centros médicos-hospitalares- universitários americanos. As relações dos EUA com a América Latina são de exportação de capital, principalmente aos setores agrícolas e mineiros, com importação de matéria-prima e alimentos. O saneamento e a luta contra as doenças transmissíveis marcam os interesses americanos para facilitar a circulação de mercadorias e melhorar a produtividade.

Os termos mais usados em SPB, nesta época, são: campanha, luta, combate, batalha, aniquilação, armas- como concepção e não como analogia. A SPB é desenhada como uma grande guerra contra um inimigo- o micróbio-, e seu portador, inseto ou gente. Isto obviamente recorta/ faz coerção a um modo de pensar, que Yida (1994) chama de controle de epidemias, ou polícia sanitária. É dentro desta lógica que se desenvolvem as bases para os estilos de pensamento que vão perdurar até os dias de hoje, como por exemplo o que chamo de Biologia de Vetores (subtítulo IV.1.3.1). Erradicação /completa eliminação do agente patógeno, implica, inclusive, em poder ausentar-se de tomar medidas preventivas posteriormente, porque não haveria como haver recorrência. Mais tarde, o conceito será transformado para controle, ou vigilância, conforme as modificações na estrutura econômica.

Na América Latina, tardiamente, o Estado toma a seu cargo as ações sanitárias. A atenção médica ainda vivencia práticas pré-capitalistas. O saneamento das cidades portuárias era a grande meta inicial da SPB. Os ministérios criados ao final do período dão bem esta conotação ao adotar a palavra Higiene como a chave do Ministério.

A universidade brasileira (como a de toda América Latina) defende apaixonadamente duas idéias: a de autonomia, e de trabalhos de extensão. Sua concepção era de centro gerador independente e irradiador de ações, cumprindo a missão social da Universidade.

Período 30-60 : na América Latina inicia-se a ascensão médica, lutando contra o modelo higienista de saneamento. Com a certeza da hegemonia dos EUA, o termo erradicação é substituído por controle. Isto se dá porque já não se pode aniquilar o inimigo (pela expansão do movimento comunista mundial), mas também pela certeza de que não é mais necessário o aniquilamento (estamos falando de vetores de doenças, mas com a mesma linguagem do combate ao comunismo). Com a depressão econômica dos anos 30, instala-se a política do "new deal" (desenvolvimentismo, com repressão aos movimentos ideologicamente distintos) e é elaborada a lei de seguridade social em 1935. Nesta lei, não está contemplado o seguro-doença, porque foi dos poucos grupos econômicos não afetados pela depressão econômica ocorrida nos EUA, segundo dados da própria AMA.

Em 1950, 51% da população norte americana tinha seguro privado de saúde, contribuindo para expansão do modelo médico-hospitalar. Mas, mesmo assim, o Estado contribuía para a construção de hospitais com um terço da verba. Neste período, as relações com a América Latina sofrem muitas modificações, principalmente em função do esforço americano para a guerra. Tal relação passa a ser, por um lado, um misto de desconfiança, medo de possível concorrência e, por outro, estímulo para o aumento da dívida.

Em 1940 , é criado um escritório para auxílio às relações EUA-América Latina. Nelson Rockefeller era o seu coordenador. Os objetivos deste escritório eram, desde melhorar as condições de saúde para melhorar as condições das forças armadas, como por obter aumento da produção de produtos essenciais em zonas de más condições de saúde (borracha na Amazônia, por exemplo), até como estimular a mudança da concepção de educação, passando a encará-la como fator de melhora no setor produtivo, base para o estilo que denomino de Educação Sanitária (subtítulo IV.1.2.1).

Desta cooperação, 37% dos gastos foram na construção de hospitais e centros de saúde. A erradicação das doenças era muito onerosa e a proposta passou, então, a ser deixada em níveis aceitáveis, controlando-as só para evitar epidemias. Hart (Nunes,1989) chega a dizer que a vitória não é a destruição, mas sim a desmoralização. *Devemos ser econômicos, e evitar esforços extremos, porque o*

inimigo de hoje pode ser o aliado de amanhã (ele estava falando de saúde, mas também da guerra).

A depressão econômica significou um intervalo na influência dos EUA. O capital acumulado timidamente na América Latina leva recursos para a indústria. Acontece uma urbanização acelerada. Surgem os Estados Populistas (no Brasil o governo de Getúlio Vargas), e é somente neste momento que a atenção às necessidades de saúde individuais aparecem como reivindicação ao Estado. Os grupos urbanos médios pagam ao setor privado. O proletariado organizado tem seu seguro-social (IAP's- Institutos de Aposentadoria e Pensão), e o exército de reserva, operários pobres e camponeses terão a assistência pública ou de hospitais religiosos ou de caridade.

A atenção médica dos IAP's e do Estado visa a manter e a reproduzir a força de trabalho. A população pobre passa a ser atendida, conforme o interesse dos políticos, porque logo deixa de interessar o cuidado ao excedente da força de trabalho, a não ser como necessidade de legitimação social do político. É neste momento que nasce a Assistência Social e as instituições para doentes mentais, tuberculosos, e leprosos. Nos EUA, legitima-se a divisão entre cuidados preventivos e cuidados curativos, e a SPB assume essa bandeira, uma variante da atenção médica individualizada- a atenção ou medicina preventiva(subtítulo IV.1.3.4).

Na América Latina, surge o centro médico como alternativa moderna de atenção. E no ensino, surgem as cidades universitárias (Nunes,1989), como tentativa de separar o estudante da vida social que o distrai, com ênfase nos laboratórios e Hospitais Universitários. Se na cidade colonial a Universidade era o centro da cidade, para caracterizar o intercâmbio, agora ela é periferia, para separá-la do meio social. A população, se quiser que venha à Universidade, caracteriza o novo conceito de extensão.

Em 1950, a Fundação Rockefeller abandona completamente suas atividades sobre o saneamento e volta-se para a educação médica. No Brasil, estamos adentrando no que Lyda (1994) chama de fase da educação sanitária.

Década de 60 até 1976: O que norteia as ações de saúde na A. Latina é a ideologia desenvolvimentista. O controle do período anterior é substituído por vigilância,

o que significa conhecer, saber onde está o inimigo, estar junto dele e vigiá-lo na sua intimidade.

Nos EUA, surge a necessidade de baixar custos do setor estatal e isto ocorre tanto na educação, como na saúde. Alguns conceitos novos passam a fazer parte das discussões de SPB, tais como: racionalização de custos, utilização mais eficiente. Mas essas discussões são também levadas entre o imenso complexo médico-industrial, criado nas décadas anteriores, querendo ampliar os gastos, e as alternativas racionalizadoras do Estado. Tudo isto, parece servir de base para o EP de Planejamento normativo e administração de serviços de saúde (subtítulo IV.1.1.1).

As relações EUA- América Latina modificam-se novamente: ameaça comunista, guerra fria, necessidade de fazer políticas sociais para evitar novos movimentos anti-capital, fazer planejamentos, inclusive em saúde. Nos EUA, a SPB tem outro locus, passando a agir junto a comunidades bem delimitadas geograficamente, em centros de saúde, para fazer ações de medicina-preventiva, caracterizando uma abordagem individualizante da SPB. Tem-se aí, bases para o EP que intitula de Medicina Preventiva(IV.1.3.4).

A noção de países interdependentes é fomentada, e reafirmada na economia para atender a expansão monopolista, e na saúde, para poder abordar doenças que não respeitam fronteiras. O esforço anticomunista faz os EUA abrirem mão da democracia e apoiarem regimes militares nas Américas, desde que garantida a expansão norte-americana.

Descobrir precocemente os casos de doenças ameaçadoras e tratá-las para que não constituam um risco para a comunidade, traduz a interdependência, a economia de recursos, e a visão de combater os vetores como se combate o comunismo, já que esta era a diretriz fundamental para a política norte-americana.

Os países da A. Latina abrem suas portas para investimentos maciços de capital estrangeiro. O Estado intervém no setor social, às custas da ampliação do endividamento. Esta é a base do chamado desenvolvimentismo. Algumas características do modelo que vai se implantando são: tentativa de construir uma terceira via de desenvolvimento (nem capitalista selvagem, nem comunista), a elaboração de planos nacionais de saúde, a contratação de sociólogos e antropólogos

para trabalharem em saúde, a implantação do programa Aliança para o Progresso, a realização de pesquisas de morbidade e a formação de Recursos humanos para subsidiar o planejamento. Tudo isto vai gerando e delineando um novo discurso para SPB. Reflexões sobre o saber e a prática da medicina ressurgem, então. Isto também são bases para os EPs, e será retomado no capítulo IV, sobre EPs em SPB.

O fracasso do planejamento, nos moldes em que ele estava concebido, tanto na saúde como na educação, faz com que os países busquem outras alternativas para dinamizar suas economias. Até a década de 70, tanto a medicina como a educação não se dirigiam aos grupos marginais, urbanos ou rurais. Quando irrompe a crise de alimentos em 1972- a produção declina pela primeira vez nos últimos vinte anos- novas políticas são engendradas. A extensão de cobertura torna-se fundamental e, é aí que aparece a medicina comunitária como novo modelo para a atenção aos carentes da América Latina, embora de modo ainda não hegemônico. Renasce, também, o interesse pela Medicina Tropical, em função dos interesses agropecuários, para fixar o pobre no campo, reduzindo gastos. É também em decorrência disto que é reenfatizado o EP Biologia de Vetores(IV.1.3.1).

Assim, se no primeiro terço do século, a SPB tem maior vitalidade, no segundo, é a atenção médica que tem mais interesse.

Após o golpe militar de 1964, no Brasil, é só em 1976 que as políticas de saúde passam a ter um outro enfoque. Com o início da debilidade econômica, em função da crise internacional e do modelo de gestão adotado, o governo militar fragiliza-se e, para manter legitimidade, faz concessões aos movimentos sociais. A partir daí, as forças que se opunham à política oficial do setor saúde, acrescidas do movimento de saúde comunitária, formam o chamado Movimento Sanitário, que propugna uma reforma sanitária no País (Escorel,1991). É, portanto, a partir daí que se pode dizer que as políticas de saúde implementadas, pelo menos até 1994, são o resultado dos embates entre o Complexo médico-industrial e o Movimento sanitário (Da Ros,1991), originando estilos de pensamento distintos e incongruentes entre si. Tema base para a discussão que será desenvolvida no capítulo IV.

As primeiras tentativas institucionais de implantação de um modelo de saúde contra-hegemônico em relação ao implantado pela ditadura militar originam-se a

partir de 1976. O PIASS (Plano Integrado de Ações de Saúde e Saneamento), integrando ações médicas com sanitárias, em regiões do nordeste brasileiro, acontece quase concomitantemente com a experiência de modificação curricular do Curso de Medicina da UFMG. Esta última colabora com a criação de um projeto de atuação docente-assistencial na região norte de Minas Gerais, no chamado Projeto Montes Claros (Fleury, 1995), a primeira experiência estadual de descentralização das ações de saúde, e passa a colaborar com a constituição de novos atores sociais coletivos para atuação na área da saúde, os municípios da região. Como os resultados indicam melhoria da saúde da população e crescimento do voto de oposição ao governo militar na região a experiência pode ser considerada um sucesso contra-hegemônico, uma ameaça, porém, e por isso, merecedora do boicote dos setores “duros” do regime militar. O governo vive uma contradição. Quer um sistema de saúde mais barato, que diminua os gastos crescentes com o complexo médico-industrial, mas quer também legitimização- e não crescimento das oposições (Da Ros, 1991).

A partir dessas experiências de modificações na formação dos médicos, e do projeto PIASS, que integrava recursos do Ministério da Saúde com os da Previdência, a bandeira da municipalização passa a ser encampada definitivamente pelo Movimento Sanitário. A idéia básica passava a ser a de que o município gerisse os recursos para a prevenção / promoção à saúde do Ministério da Saúde, e os recursos do Ministério da Previdência para a atenção à medicina curativa. Isto quebrava os “contratos” de poder de Brasília e aproximava os espaços de poder da população.

Experiências municipais de gestão dos serviços de saúde e de extensão nas Universidades passam a se multiplicar por todo o Brasil. No Sul, essas experiências são acopladas ao movimento de saúde comunitária que, por sua vez, integra-se às experiências do movimento popular de saúde, capitaneadas pela Igreja Progressista. Isto ocorre especialmente no Paraná, RGS, e Santa Catarina, onde publicistas e preventivistas, em conjunto com a saúde comunitária, entram nas Universidades, abrindo espaços para experiências de extensão. Colaborando com as políticas municipais de saúde, disseminam na “academia” uma forma de atuação que misturava saúde coletiva teórica, com prática clínica, e com militância no movimento sanitário (Da Ros, 1991).

Em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde cria o primeiro esboço de plano nacional de saúde, mas o complexo médico – industrial, enquistado no MPAS não permite que o plano saia do papel (o chamado Prev-saúde). Em 1981, é criado o PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde), em um município de cada Estado brasileiro, com uma proposta de repasse de recursos dos ministérios da Saúde e da Previdência para os municípios. Os resultados, em relação à cobertura populacional, grau de satisfação e economia de recursos faz com que se transforme, em 1982, o programa, em diretrizes ministeriais denominado AIS (Ações Integradas de Saúde). Este programa sedimenta a proposta de fazer do município um espaço de luta e de consolidação do processo de construção de contra-hegemonia do movimento sanitário. Em 1983/ 1984 aumenta muito o movimento pela redemocratização do Brasil, no qual o movimento sanitário engaja-se determinantemente. Todo esse processo culmina com o fim do regime militar.

Estas experiências de municipalização, mais o engajamento na luta por uma reforma sanitária, faz crescer o volume de pesquisas na área de Saúde Coletiva, especialmente na ENSP, com T e D abordando modificações do entendimento do processo saúde- doença e do sistema de saúde. Isto traz à tona um amálgama entre produção acadêmica e militância. (Burlandy,1998; Ribeiro,1993; Campos, 1988), gerando as bases para os EPs- Atores Sociais(IV.1.1.3) , Planejamento Estratégico(IV.1.1.2), Epidemiologia Crítica(IV.1.3.3) e Educação em saúde(IV.1.2.2), tratadas no próximo capítulo.

A luta política ficava evidenciada como forma de viabilizar saúde para a população. Os EPs ligados à macro- área de Saúde Coletiva crescem, legitimam-se e criam (no vocabulário fleckiano) um grande círculo exotérico. Em 1985, com o fim do regime militar e com a implantação da chamada Nova República, começa a existir uma clara dissociação dentro do movimento sanitário: participar ou não do governo ? Parte dele entende que deve assumir cargos, e efetivamente assumem: a direção da FIOCRUZ e a direção do INAMPS são preenchidas por figuras de expressão do Movimento Sanitário, enquanto outra parte do movimento coloca-se como oposição à Nova República.

Compete ao presidente da FIOCRUZ organizar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco histórico na reforma sanitária brasileira, que reconceitua saúde e elabora um programa com cronograma que inclui modificações na Constituição brasileira para contemplar as propostas do movimento sanitário. Já o diretor do INAMPS cria o SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde), em 1987, que cria as condições para esvaziar definitivamente o poder centralizado do MPAS.

Em 1988, nova Constituição é promulgada, criando o Sistema Único de Saúde, que fica regulamentado por leis complementares em 1990. A partir daí, entram em cena atores sociais que modificam novamente a linguagem da SPB, os municípios, seus conselhos municipais e uma política integrada de ações curativas e preventivas (Da Ros, 1991).

No início dos anos 90, o panorama mundial mostra um esfacelamento do chamado socialismo real no Leste Europeu. A isto corresponde uma postura triunfalista da lógica capitalista, de seu modelo chamado de neoliberal, com características de exclusão de políticas sociais, com o sufocamento de movimentos sociais e sindicais (Anderson, 1995).

A chamada “queda do muro “ ou o “fim das utopias” reflete-se em toda a produção intelectual de base marxista, e isto, conseqüentemente, tem impacto na produção de T e D na área da Saúde Coletiva, bem como nas formas de militância do movimento sanitário. Este último, passando a assumir cargos administrativos dentro do Ministério da Saúde, nos Governos Estaduais, ou na nascente política de saúde em nível de municípios, trata de buscar formas de administrar seu ideário, ou seja, grande parte da luta contra-hegemônica passa a se processar dentro do aparelho de Estado.

Tais acontecimentos têm sua representação no modelo de T e D produzidas, especialmente na ENSP, onde surgem, então, trabalhos nos EPs de Planejamento normativo(IV.1.1.1), de Epidemiologia clássica(IV.1.3.2), antes escassamente presentes. Surgem, também, as primeiras T e D dos estilos que chamo de Saúde e Segmentos sociais discriminados(IV.1.4.1) e de Epistemologia e saúde(IV.1.4.1), tratados no próximo capítulo.

Em 94, cria-se o PSF (Programa de Saúde da Família), pensado pelo governo como estratégia diminuidora de custos (acatando proposta do Banco Mundial) (Costa, 1996; Oliveira, 2000), mas também pelo Movimento Sanitário como uma estratégia para a implantação do SUS, com a lógica da medicina comunitária, aproveitando os espaços junto aos municípios, e que possivelmente seja o resgate da idéia deste ator social coletivo da década de 70 (o movimento de saúde comunitária, um dos integrantes do movimento sanitário). Seria, talvez, o que Fleck denominava de proto-idéia, agora se consolidando como um novo EP? Já se detectam algumas T e D sobre saúde comunitária, municipalização, saúde da família, atenção primária, mas o tempo ainda é pouco para avaliar se estamos ou não dentro de um novo EP. Desenvolvo essa possibilidade nas considerações finais, após a análise realizada no capítulo dos EPs em SPB.

Em síntese, a política de saúde adapta-se às necessidades ditadas pela materialidade, que determina novas terminologias, novas práticas e novas formas de compreender saúde, portanto, novos estilos. A forma como estes estilos se constroem, porém, tem uma sobredeterminação interna, que depende de outras variáveis, próprias de um estudo epistemológico que, para o caso em estudo, serão analisadas com o referencial teórico de Fleck.

IV Estilos de pensamento em Saúde Pública

Numa revisita às teses / dissertações, procurando as características correspondentes aos EPs ainda provisórios, criaram-se as condições para afirmar os EPs em Saúde Pública, dessas Escolas, entre 1948 e 1994, levando em consideração as variáveis encontradas.

Numa tentativa de síntese, portanto, de como determinar o estilo de pensamento a partir do exame das produções acadêmicas em saúde pública, parece importante chamar a atenção para que se leve em consideração os seguintes aspectos: a determinação histórica do estilo, envolvendo a história econômico-social mundial, seus reflexos no Brasil, especialmente na área da saúde (decorrência das anteriores) e das Instituições com suas fontes de financiamento; e a existência de um grupo de pesquisadores que compartilham premissas comuns, caracterizando um coletivo de pensamento (independente da Instituição a que pertençam), que persistem no tempo. Estas premissas vão desde a concepção de saúde, até a concepção filosófica de abordagem à ciência, englobando (quando explícita) características da concepção de mundo. Contemplam, ainda, uma peculiar abordagem metodológica que envolve: as técnicas, os procedimentos e instrumentos comuns, o processo formativo (com uma bibliografia comum e a utilização de outros campos de conhecimento, também comuns), os elementos teóricos e a linguagem específica, comum àquele CP. Essa categoria analítica fleckiana, o EP, funciona, portanto, como síntese, contemplando simultaneamente o que poder-se-ia chamar de internalidades e externalidades da Ciência.

Com a investigação levada a cabo a partir dos trabalhos produzidos pelas duas instituições estudadas, foi possível estabelecer que, **pelo menos**, estas propriedades de um estilo de pensamento precisam ser consideradas para que se possa afirmar que se está ou não diante de um EP.

Assim, onze estilos de pensamento diferentes, que serão apresentados a seguir, foram identificados e por mim nomeados. Em relação as macro-tendências detectadas entre as duas escolas, estou chamando provisoriamente de: Saúde

Pública Tradicional, a encontrada majoritariamente na FSP-USP, e de Saúde Coletiva, a encontrada preponderantemente na ENSP, deixando claro que não se pode dizer que exista um estilo de pensamento ENSP e outro FSP-USP, até porque, dos onze estilos detectados e denominados, existem pelo menos dois que são comuns a ambas as Escolas:

- 1- Epidemiologia Clássica e estatística;
- 2- Planejamento normativo e Administração de serviços de saúde.

Além destes dois, encontramos, marcadamente na FSP(o que não significa sua inexistência dentro da ENSP):

- 3- Biologia de Vetores;
- 4- Medicina Preventiva ; e
- 5-Educação Sanitária.

E, quase que exclusivamente na ENSP(embora nos últimos anos analisados, ocorram algumas isoladas também na FSP):

- 6- Planejamento estratégico em saúde;
- 7- Epidemiologia crítica;
- 8- Epistemologia e saúde;
- 9- Saúde e segmentos sociais discriminados;
- 10- Educação em saúde; e
- 11- Atores sociais em saúde .

Uma vez estabelecidos os estilos, contextuei-os a partir das Histórias (geral, do Brasil, da SPB mundial, da saúde no Brasil , e das instituições) para estabelecer seu nexos causal, correlacionando-as com o surgimento das primeiras teses / dissertações de um determinado estilo, conforme quadros a seguir (Quadro 1, Quadro 2, Quadro 3):

Quadro 1 – Antecedentes Históricos

| | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|--|---|
| ANTECEDENTES HISTÓRICOS | PROTO-IDEIAS | HISTÓRIA ANTIGA ATÉ 1700 | | ▶ Higiene dos Ares, Águas e Lugares ⇨ base para multicausalidade ▶ Culto à perfeição física (Grécia) ⇨ base para med. prev. Individual ▶ Teoria Miasmática ⇨ base para biolog./saúde |
| | | 1700 a 1820 | | ▶ Aritmética Política ⇒ base para epidemiologia e estatística ▶ Medicina Científica ⇨ base para unicausalidade |
| | BASES | 1820 a 1848 | MEDICINA SOCIAL ▼ Leis Prussianas → Adm. do Estado (Determinação Social / Políticas Sociais do Processo → Epidemio Social Saúde- Doença) | HISTÓRIA GERAL (MUDANÇAS NAS IDEIAS EM SPB) • Superexploração da força de trabalho • Luta, transformação, relações de produção / socialismos • Fim revoluções socialistas – concessões × vitória mov. Sociais |
| | | 1870 a 1900 | MEDICINA BACTERIOLÓGICA (A UNICAUSALIDADE) ↓ REFORMA FLEXNERIANA (Biolog., Mecan., Hosp.) | |
| | | | | Início hegemonia capitalista EUA Standard Oil F. Rockefeller |
| | | 1915 1936 | SPB separada da medicina Hist.Nat. Doenças (multicausalidade) | Complexo Médico-Industrial (Atenção médica individualizada e tecnologicizada) |

Quadro 2 – Bases para os EPs no Brasil

| Ano | As Escolas | Saúde Brasil | Conjuntura Brasileira | Conjuntura Internacional |
|------|--|--|--|--------------------------------------|
| 1903 | Inst. Manguinhos (Futura FIOCRUZ) | Oswaldo Cruz - Revolta Vacinas | Início da República Miséria Sanitária Brasileira | 1917- Planej. Estatal Soviético |
| 1918 | Inst. Higiene (Futura FSP - São Paulo) Formação Norte- Americana Neutralidade Financ. Rockefeller | As Caixas de Pensão | Expansão Forneiras Agrícolas Revolução de 30 (Getúlio) | II Guerra Mundial |
| 1943 | | Estado Coord Formação em SPB | | |
| 1945 | | Min. Saúde | Eleição Nacional - PCB | Cuba |
| 1963 | | 8% MS, IAPs, Caridade, Med Privada de Família | Condições pré- golpe Golpe militar 64 | Busca pela 3ª via Guerra Fria |
| | | Flexner e o Complexo Méd.-Indust. | | |

Quadro 3 – O surgimento dos EPs nas Escolas

| Ano | As Escolas e os EPs | SPB | Conjuntura |
|---------|---|---|---|
| 1948 | FSP – USP | Bases firmadas em: | |
| | 1. Administ / Planej. Normativo | - vetores | Nacionalismo × Americanismo |
| 60 | 2. Biol Vetores | - epidemiologia | |
| | 3. Ed. Sanitária | - administração | Cuba |
| | 4. Epidemio Clássica | - Educação sanitária | |
| 63 - 64 | 5. Med. Prev. | Na OMS: | |
| | | - Multicausalidade | |
| | | - CENDES / OPAS | |
| | | - Bases firmadas p/ Med. Preventiva e Planej. Normativo | Golpe militar |
| | | Formulação de políticas de saúde | |
| 73 - 74 | | Base firmada p/: | Crise do petróleo e de legitimação do poder |
| | | - Epidemio crítica | |
| | | - Pl. Estratégico | |
| | | - Ed. em saúde | |
| | ENSP | Financ. S. Coletiva | |
| | Macro-tendência | Mov. Sanitário | |
| 76 | Saúde Coletiva (As T e D militantes) | Determinação Social do Proc.S-D | Confronto Complexo MI × Mov. Sanitário |
| | 6. Epidemio crítica | Luta p/ Reforma Sanit. | Luta por redemocratização e por socialismo |
| | 7. Pl. Estratégico | Bases firmadas p/: | |
| | 8. Ed. em saúde | - Marco teórico marxista | |
| | | - Projetos – PIASS | |
| 85 | | PAIS | |
| | | AIS | Nova República |
| 86 | | 8ª Conferência SUDS | |
| | 9. Atores Sociais | SUS | |
| | 10. Epistemologia e saúde | Leis complementares | Collor “Queda do muro” |
| 90 | 11. Segmentos sociais discriminados | Municipalização (integ. Clínica-SPB) | Neoliberalismo |
| | Atenção Primária / Saúde Comunitária / PSF | | |
| 93 - 94 | Bases para reunificação Clínica-SPB e SPB-S. Coletiva | | FHC Banco Mundial |
| | Sistemas Integrados de Saúde | | |
| | Med. Preventiva / Estilos de Vida | | |
| | Epidemiologia multicausal | | |
| | Grandes Endemias | | |
| | Educação em Saúde | | |
| | Planejamento e Programação | | |
| | Atores Sociais / Conselhos de Saúde | | |
| | Segmentos Sociais Discriminados | | |
| | Epistemologia e Saúde | | |

Para a descrição dos dados dos EPs, embora exista uma ordem aproximadamente cronológica do seu aparecimento na História, conforme quadro anterior, vou reunir os onze EPs em quatro subgrupos. A intenção deste agrupamento é tentar caracterizar os EPs, assinalando as diferenças/ incongruências entre os estilos que se dedicam a investigar temáticas similares. Por exemplo, havia T e D tanto das áreas de Planejamento como de Epidemiologia e Educação, com dois EPs incongruentes entre si em cada uma destas temáticas investigadas, conforme a Escola estudada, e tornava-se importante analisá-los em proximidade. Os quatro grupos ficaram, então, estabelecidos com os seguintes títulos:

- 1) Organização da Atenção à Saúde, com os EPs- Planejamento Normativo e Administração de serviços de saúde, Planejamento Estratégico em Saúde, e Atores Sociais nas Políticas de Saúde;
- 2) Orientação à População, com os EPs- Educação Sanitária e Educação em Saúde;
- 3) Estudos sobre doenças, com os EPs- Biologia de Vetores, Epidemiologia Clássica, Epidemiologia Crítica e Medicina Preventiva ;
- 4) Estudos emergentes, com os EPs- Saúde e segmentos Sociais Discriminados e Epistemologia e Saúde.

As teses e dissertações selecionadas e estudadas para analisar os onze estilos de pensamento(o material empírico pesquisado) estão listadas após as referências bibliográficas.

Na análise de cada EP, em primeiro lugar, caracterizo os momentos históricos que permitiram a eclosão do EP para, logo em seguida, tentar argumentar como as características estudadas explicitam as diferenças entre os estilos.

A história, caracterizando S. Paulo como elitista, bandeirante, pretensamente neutro, e com a SPB nascendo na FSP sob os auspícios da Rockefeller, em contraste com um R. de Janeiro caracterizado como progressista, nacionalista, comunista, e com a ENSP obtendo financiamento para investigar área de Saúde Coletiva, com marco teórico marxista sem dúvida dá as bases para caracterizar o que chamo de macro tendências. Mas também pode induzir a pensar que a FSP/ S. Paulo é o "mal", e a ENSP/ R. de Janeiro , o "bem". Na realidade a intenção não é caracterizar de forma maniqueísta esta diferença. As T e D produzidas em S. Paulo, correspondem a uma

época histórica, em que a SPB tinha uma determinada concepção. As da ENSP, só vem a surgir a partir de 1976, quando existe um movimento anti ditadura militar. Mesmo assim, nem todas as T e D da ENSP correspondem a visão progressista, e muito menos todas as T e D da FSP são conservadoras ou de “direita”.

IV.1 As Características dos Estilos de Pensamento

IV.1.1 Organização da Atenção à Saúde

IV.1.1.1 Planejamento normativo e Administração de serviços de saúde

Originalmente tratado como Administração dos serviços de saúde, encontra-se presente enquanto ideário da saúde, desde a Antiga Roma, ou Grécia (Rosen, 1994), mas passa a se constituir como área específica de conhecimento da SPB no início de 1800, na Europa, e consolida-se, nos EUA, ao final do século XIX. No primeiro curso de SPB, na John Hopkins University, em 1918, já estava contido enquanto conteúdo a ser ministrado para os futuros sanitaristas. Quando foi organizado o primeiro curso de Higiene na FSP, o conteúdo de administração de serviços de saúde já estava presente. Portanto, quando se iniciam os programas de PG no Brasil, e entre eles, quando inicia o reconhecimento da SPB como área de PG, já era de se esperar que o conteúdo de Administração fosse um dos eleitos para desenvolver trabalhos acadêmicos.

Desta forma, a primeira dissertação/tese defendida no Brasil (Diogenes Certain), em 1948, já tem conteúdos de administração e planejamento (será vista no EP- medicina preventiva- subtítulo IV.1.3.4). A segunda, de Rodolfo Mascarenhas, em 1949, já é objeto de estudo deste estilo.

Se entende-se, pela semântica, planejamento como o contrário de improvisação, pode-se concluir que é uma atividade quase inerente à espécie humana, porém, a área de planejamento estatal, surge como tal, com o advento do chamado socialismo nos países do Leste Europeu. Estes, em função de ter uma economia centralizada e administrada pelo poder de Estado, previam gastos sociais para os próximos 10/20 anos. E tal concretizava-se conforme o previsto. Isto tornou-se ameaçador para a chamada economia de mercado que, após a II Guerra Mundial, avalia a necessidade de planejar políticas sociais (Rivera, 1982).

A partir da revolução cubana, em 1959, conforme visto no capítulo- A dimensão histórica e a epistemologia-, esta ameaça torna-se mais patente, e a OEA, e em especial a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), sob a hegemonia dos EUA, passam a preconizar que os governos latino-americanos criem órgãos de planejamento estatal, como forma de atenuar as misérias geradas pelo capitalismo, evitando que aumentem as tensões sociais, capazes de fazer nascer novas "Cubas" (Rivera, 1982).

É neste contexto que, na primeira reunião de Ministros da Saúde das Américas, em 1963, a OPAS, associada à um órgão de educação venezuelano, denominado CENDES (Centro Nacional de Desenvolvimento) , assume a função de assessoria para os países da América Latina, desenvolvendo um método para o planejamento em saúde, que mais tarde fica conhecido como método CENDES-OPAS. Até então, estava mais clara a atividade de administrar. Planejar, é só a partir desta iniciativa.

Este tipo de planejamento é divulgado e adotado pela América Latina. Posteriormente, em 1973, a própria OPAS faz uma autocrítica em relação às possibilidades de implantação do método. Em 1975, o Centro Latino- Americano de Planejamento de Saúde (CLAPS) cria um documento intitulado de – Formulación de Políticas de Salud- onde critica o modelo de planejamento da OPAS, por sua inaplicabilidade. Sua impossibilidade de aplicação residia, basicamente, no fato de ser um modelo de planejamento que não levava em consideração as instâncias de poder na sociedade, desconhecia política ou economia e pensava a sociedade como uma questão que um manual de regras pudesse resolver (Rivera, 1982). Desta

forma, o planejamento servia como mecanismo capaz de captar financiamentos internacionais, mas não se cumpria.

A partir deste novo documento da CLAPS, a OPAS mudou o conceito de planejamento, adotando uma compreensão de base gramsciana, tendo como expoentes deste entendimento Carlus Matus e Mario Testa (Da Ros, 1991), que consideram o Estado como espaço de luta/ de disputa por hegemonias distintas . A incongruência entre os estilos de planejamento, no entanto, já estava dada. Mudava o marco teórico, a compreensão do planejamento, mas o modelo anterior, que não discutia poder ou política, continuava existindo.

As teses e dissertações da FSP-USP, antes somente de administração, passam a ser claramente vinculadas ao planejamento CENDES-OPAS, e, a partir do financiamento da FINEP para a área de Saúde Coletiva na ENSP, esta adota o novo modelo de planejamento, denominado de Planejamento Estratégico em Saúde(Outro EP que será desenvolvido no subtítulo IV.1.1.2).

O estilo de pensamento denominado- Planejamento normativo e administração de serviços de saúde junta áreas afins, que realizam congressos, cursos , simpósios, etc...com uma mesma determinada lógica¹³.

Esta lógica consiste em organizar programas para melhorar a eficiência/ eficácia dos serviços de saúde. Os programas, uma vez elaborados, são colocados nas mãos do "poder" que os executa ou não, de acordo com suas prioridades. Segundo Mario Testa(1993), este planejamento permanece existindo e está a serviço das instâncias que pretendem manter a hegemonia, tendo seu marco teórico na área da saúde assentado numa "falsa concepção" de neutralidade científica, na culpa individual- biológico- psicológica pelo processo de doenças e na concepção multicausal de saúde . Realiza pesquisas normalmente (quando se utiliza dela) considerando a história como sucessão de cronologias. A teoria é sistêmica, os projetos são "inputs" de programas, que normalmente não passam de carta de intenções. As variáveis sociais, portanto, são pouco consideradas e, em alguns

¹³ Este nome, planejamento normativo, é dado pelo outro EP deste campo de conhecimento, incongruente em relação àquele, chamado Planejamento estratégico em saúde. O normativo é assim chamado porque se atém somente a regras a serem cumpridas, sem levar em consideração a existência de atores sociais, ou análise política.

casos (Monteiro Filho, 1972; Mascarenhas, 1949), estão explicitamente relacionadas à defesa dos interesses do Complexo Médico- Industrial.

É um dos estilos mais fecundos da FSP-USP, com os primeiros trabalhos em 1948/49, e subsistindo até hoje. Vários "pais" da FSP pertenceram ao coletivo deste EP. Revisitando os resumos, é possível incluir mais de 150 trabalhos da FSP neste EP. Estranhamente, pelo recorte departamental da USP, não há um departamento de Planejamento ou Administração na FSP-USP, estando as teses e dissertações disseminadas por quase todos os departamentos (exceto o de epidemiologia): Nutrição, Saúde Ambiental, Materno- infantil e, especialmente, no de Práticas de SPB. Vários trabalhos vinculados a departamentos e orientadores dão mais de um enfoque dentro deste EP. Como exemplo (vide relação de T e D selecionadas, após a bibliografia), temos, para a área de profissionais da Bioquímica ,o "pai" orientador João Pessoa de Carvalho; para a área de Odontologia, dois "pais" (Ivete Viegas e Alfredo Viegas); para a área de Veterinária, Gil Paim orienta trabalhos; para a Enfermagem, Ernestina Meurer; para a Engenharia, Diogo Nogueira, Walter Engracia ou Odair Pedroso; para a Medicina , Rodolfo Mascarenhas. Estes orientadores, além de manter o vínculo com sua profissão de origem, não estão no mesmo departamento, o que torna esta área um tanto eclética. Mas, independente das variações por área profissional, as características do EP, que assinalarei a seguir, são comuns a todos eles .

A situação parece ser um exemplo daquilo que Fleck chama de relação entre círculos Eso e Exotéricos dentro de um mesmo Coletivo de Pensamento (CP). O profissional, membro de um coletivo de sua profissão(enfermeiro, veterinário, etc...), é iniciado em um EP da área de planejamento/ administração e passa a fazer parte do círculo esotérico(produtor de conhecimento). Depois de defendido seu trabalho, retorna ao círculo de origem, sendo um divulgador das idéias do seu novo EP, consolidando desta forma, dentro de sua profissão, um círculo exotérico, que passa a consumir conhecimentos advindos daquele EP, extendendo/ ampliando o CP. Como que confirmando esta assertiva, neste EP, em especial no Departamento de Práticas de SPB, há um número grande de "pais " que orientam dezenas de

trabalhos, inclusive vários de doutorado, mas estes “filhos”, com algumas exceções, não deixam “descendência” na Academia, migrando para serviços ou áreas administrativas(os círculos exotéricos do EP- Planejamento...) , tanto de outros Estados do País, como trabalhando em nível ministerial. Aldo Tinoco (1972), “filho” de Rodolfo Mascarenhas (1949), orientou teses de dois ministros da saúde e de pelo menos dois secretários estaduais.

Para explicitar mais claramente todas as características afirmadas dentro deste EP, selecionei 10 trabalhos (dentre os 72 examinados mais detalhadamente). Quero destacar, no entanto, que conforme dissertado no sub- título II.5- a trajetória da identificação dos EPs em SPB, a lógica da construção deste (e dos outros) EP , deu-se de forma inversa, ou seja , foi a partir do exame das teses e dissertações que pude me aproximar das suas características comuns e verificar que esta ou aquela T e D poderia se tratar de um EP particular.

Walter Engracia, do Departamento de meio-ambiente, em sua tese de Cátedra, em 1964, intitulada – *Saneamento e Planificação*- coloca a questão do saneamento como um dos objetivos do que chama de planejamento territorial(pg. 1). Em seu texto (pg. 9) define... *planejamento como uma técnica social, de caráter neutro, e aplicável à toda atividade humana, permitindo o uso racional dos recursos naturais, financeiros e humanos...* Na pg 36-37... *educação e propaganda vão contribuir...para organizar a comunidade para que o plano se organize de modo satisfatório...* Como se pode depreender, quando comparado com a lógica do Planejamento Estratégico(outro EP, desta área do conhecimento que veremos a seguir) isto é incongruente com a premissa daquele, que diz que o planejamento deve ser feito COM, e não PARA a população. Ou seja, neste EP há uma verticalidade na relação entre planejador(sujeito) e “planejados” (objeto).

Gil Paim, com o “olhar” da Veterinária, confirma várias características deste EP. Analisa, em sua tese de doutorado em 1968- *Perdas econômicas devidas à cisticercose*- que os criadores de gado não teriam prejuízos, se planejassem a prevenção das doenças do gado com campanhas de controle. Na pg 71 afirma, ...*Os resultados compensariam os gastos e diminuiriam os prejuízos impostos à Nação...* *As autoridades é que devem pensar no que devem fazer...* Em sua tese, os

determinantes sociais das doenças, as relações sócio- econômico- culturais, características do EP- Planejamento estratégico, não são levadas em consideração. Seu problema de investigação estabelece um recorte de tal modo que não considera estas variáveis. É justamente isto que vai caracterizando este EP. O achado é técnico, neutro, e as autoridades é que devem decidir se devem ou não colocar em prática suas conclusões. Esta é uma característica típica deste EP, quando trata de fazer propostas normativas.

Lourdes de Carvalho em sua tese de L-D em 1960- *Centro de Reabilitação- casa do parapléxico-*, na pg 10, diz que ... *a idéia de um centro bem equipado com planta física, embora de custo elevado, tem seu custo-benefício viável...o que seria de imenso valor para a economia do País.* Em suas conclusões(pg. 184) chega a um detalhamento de seu Centro de Reabilitação, que...*devem possuir paredes móveis*, caracterizando o “olhar” da Engenharia neste EP.

Odair Pedroso, em sua tese de Cátedra em 1959- *Hospital “Dona Carolina Malheiros”- Um hospital de comunidade-* apresenta uma lógica em que o hospital (pg 75) ...*é o centro vital da saúde...*, afirmando desde a pg 1 que ...*o problema hospitalar brasileiro deve ser estudado por técnicos ... que falta um planejamento e uma organização racionais, por absoluto desconhecimento de que isto é necessário e possível...O poder deveria entender a racionalidade neutra do planejamento...* Em sua tese parece não haver atores sociais envolvidos na proposta de implantação do hospital, o que reforça a questão da neutralidade do planejamento, embora defendendo indiretamente os interesses do Complexo Médico- Industrial (o hospital como o “centro da saúde”). No corpo de sua tese há, inclusive, desenho de plantas do hospital, para a sua boa operacionalização. Um de seus orientandos, Antônio Monteiro Filho, Doutorado em 1972- *O estudo físico da unidade de internação em hospital geral-* segue a mesma lógica e, de uma forma mais explícita, defende os seus pontos de vista. Na introdução, deixa claro que o hospital é a chave para manter a população mais sadia- é o centro da saúde. Defende, a partir da página 2, explicitamente, os interesses da Associação Paulista de Hospitais(criada em 1952), afiliada ao Complexo Médico- Industrial, (importante lembrar que o mesmo é um dos beneficiários do golpe militar havido no Brasil em

1964), a partir do desenvolvimento da lógica flexneriana (como foi visto no capítulo da dimensão histórica). O objetivo de sua tese é demonstrar que o hospital deve ser uma empresa regida pelas leis da economia, devendo proporcionar lucro à sociedade lucrativa proprietária. *...o hospital...é conceituado como empresa...regido pelas leis de economia, em condições de rentabilidade financeira, devendo proporcionar saldo ...à sociedade lucrativa proprietária. A rentabilidade pode ser atendida com o resultado satisfatório do investimento, estando a satisfação condicionada ao desejo do empreendimento...*(pg.3). Nas suas conclusões, depois de cálculos de engenharia, propõe qual deve ser o número de leitos, economicamente viável, para a administração financeira. Não aparecem em suas conclusões as necessidades da população, até porque não era este o seu recorte, somente normas técnicas e viabilização financeira.

Rodolfo Mascarenhas, o maior "pai" deste estilo, em seu trabalho denominado de: *Administração em Saúde Pública no Brasil*, em 1964, apresentado no I Seminário de Saúde Pública da Associação Médica Brasileira, propõe diretrizes para o Ministério da Saúde. É importante lembrar que a AMB também foi uma das beneficiárias do golpe militar de 64, enquanto membro do Complexo Médico-Industrial, uma vez que este assegura a implantação do modelo flexneriano, conforme visto no capítulo da dimensão histórica. Reafirma o entendimento de saúde como multicausal, mas, na pg. 3, propõe que a SPB *... não se identifica com qualquer um dos seus campos tradicionais da medicina...* dissociando a prática da medicina do fazer da SPB. Sua multicausalidade continua centrada/ reduzida ao biológico, quando afirma que... *a mortalidade materna baixou em função da diminuição da infecção puerperal e o tracoma, graças aos antibióticos...* (pg.3). Existem hoje explicações mais abrangentes para justificar essas diminuições, sem negar o caráter biológico, mas minimizando a importância dos medicamentos e enfatizando as modificações sociais havidas em um determinado período (Waitzkin, 1972). Suas teses, de L-D em 1949 e de Cátedra em 1953, são dentro de uma lógica de planejamento normativo, e este, entendido como regras a serem cumpridas. Os problemas investigados por este EP dizem respeito aos modos mais eficientes, em termos de custo- benefício (para o capital), da implantação de normas.

Estão ausentes, em todos os trabalhos analisados e pertencentes a este EP, além dos problemas relativos aos atores sociais envolvidos, a necessidade de políticas públicas/ sociais, ou a explicitação das questões políticas que envolvem a construção de poder para determinados grupos.

Ernestine Meurer Bastian, L-D em 1979, com o trabalho- *Estudo sobre acreditação de Internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre-RS*- segue a mesma linha de Odair Pedroso (planejamento de área física hospitalar) , embora, desta feita, com o “olhar” da enfermagem. Em seu resumo(pg. 8), aparece a lógica de raciocínio deste EP.

...Os resultados são tratados estatisticamente com o coeficiente de correlação ordinal de Spearman. Este permite verificar uma correlação significativa...para os itens “planta física”, “instalações e equipamentos”, e “programação”...fundamenta a hipótese de que ...estabelecimentos com capacidade física maior, contam com mais recursos materiais e humanos que estabelecimentos com capacidade física menor...

Ainda em relação a este EP, chamam a atenção as teses do Departamento de Saúde Ambiental da FSP-USP, de onde selecionei duas para analisar. Nestas teses é possível inferir que, embora mantendo o EP_ Planejamento normativo e administração de serviços de saúde, elas têm um enfoque particular que poderia caracterizar o que Fleck denomina de matiz (1986) de um EP. O nome utilizado para este provável matiz foi decalcado dos próprios trabalhos a respeito: Saúde Ocupacional. Suas características principais são, além de manter as mesmas do Planejamento normativo, as de elaborar o raciocínio dentro de um espaço de trabalho, uma fábrica por exemplo, onde se investigam os possíveis agravos à saúde que podem ocorrer naquele ambiente. A ênfase é no plano da legislação , da área física, e das normas técnicas. O trabalhador, enquanto ator social e vítima do processo, não tem participação no desenvolvimento da lógica deste matiz, ao contrário do que ocorre majoritariamente nas teses de Saúde do Trabalhador na ENSP (um matiz do EP- Epidemiologia Crítica- subtítulo IV.1.3.3).

As teses selecionadas são as de Diogo Pupo Nogueira- Doutorado em 1967- *Serviços médicos de Empresas Industriais em São Paulo*- e de sua “filha”

Gertrudes Rocha- Mestrado em 1984 – *Serviços médicos com empresas com mais de cem empregados- São Luiz- Maranhão*. Esta última tem uma peculiaridade: a dissertação tem dezenove páginas e trata de verificar se as empresas de São Luiz cumprem a legislação trabalhista. Conclui, após a aplicação de um questionário, que a intensidade do cumprimento da legislação é regular. Do mesmo modo que os outros trabalhos deste EP, sua característica é a ausência de análise social e a legislação é entendida como uma variável da multicausalidade. Já a tese de Diogo Nogueira (1967) (que orientou 8 doutores e 19 mestres até 1992), propõe, nas páginas 7 e 8, dentro da lógica do planejamento normativo, que a saúde ocupacional deva englobar os quatro princípios básicos de Rodolfo Mascarenhas(1953) (comprovando o vínculo deste matiz a este EP): administração, legislação, epidemiologia e estatística, demonstrando claramente a concepção multicausal.

Com o fim do regime militar, vários cargos de importância na área da saúde da chamada Nova República são assumidos por pessoas vinculadas ao Movimento Sanitário. Isto os colocava frente ao que Carlus Matus chamava de estratégias de planejamento em situações de poder compartilhado(1978). A partir deste momento, também a ENSP-FIOCRUZ começa a gestar teses de planejamento com lógica normativa, comprovando a premissa de que os recortes de pesquisa são relacionados mais fortemente ao momento histórico- político geral, do que a questão de ser de uma ou outra Instituição . Dado o tempo de maturação entre uma situação concreta e o tempo capaz de gerar uma tese sobre o assunto, é a partir do início da década de 90 que aparecem as primeiras teses da ENSP neste EP, simultaneamente com a situação internacional de “queda do muro” e do “triunfo do capitalismo- neoliberal”. O marco teórico marxista começava a perder força. Para localizar o EP na ENSP, selecionei a tese de Roberto Medronho- 1993, *A geografia do dengue no município do Rio de Janeiro: uma análise por geoprocessamento*. Nela, há uma modernização da lógica de programação, utilizando cenários computadorizados, mas a lógica parece permanecer a mesma : multicausal, uma técnica racional, barateadora, que pode ou não ser aplicada, dependendo de o “poder decisório” valorizá-la ou não. Utiliza-se de métodos quantitativos, da

epidemiologia clássica e estatística a serviço de um instrumento para planejamento de ações eficientes no controle de doenças.

As ciências correlatas utilizadas por este EP- Planejamento normativo e administração de serviços de saúde são: as do enfoque/ "olhar" do investigador, dependendo de sua formação profissional básica(engenharia, farmácia, enfermagem, etc...) e mais- estatística, urbanismo, legislação, administração, ergonomia, biologia, economia (enquanto recursos a serem poupados ou gastos) . A bibliografia segue a mesma lógica das ciências correlatas.

IV.1.1.2 Planejamento Estratégico em Saúde

Inicialmente, a área de planejamento, como já foi visto no outro EP que trata deste campo de conhecimentos, estava vinculada e subordinada a uma área denominada Administração de Serviços de Saúde. A partir da década de 60, a instância Planejamento, reforçada pelas posições da OPAS e da hegemonia americana, passa a ser considerada mais abrangente que a administração, e esta passa a estar contida dentro daquela, como uma das instâncias.

O planejamento preconizado pela OPAS, hoje conhecido como planejamento normativo, tem suas primeiras produções acadêmicas assumidas como de planejamento na FSP-USP e datam da década de 70. É entendido pelo EP- Planejamento Estratégico apenas como uma etapa- o momento normativo- de um planejamento maior, com marco nas Ciências Sociais(Matus, 1972).

Os principais elaboradores da área de planejamento estratégico em saúde na América Latina são Carlus Matus(Chile) e Mario Testa(Argentina) que, a partir do documento da CLAPS- *Formulación de Políticas de Salud*, em 1975, passam a formular novos conceitos neste campo. Mario Testa elabora estudos sobre como pensar estrategicamente o planejamento, e Matus escreve preocupado em

operacionalizar um planejamento com um marco teórico mais amplo. Ambos passam a levar em consideração a economia, a sociologia, a política, a história, a construção de poder, os atores sociais envolvidos e as possibilidades de mudança das relações sociais e de produção.

Estas elaborações teóricas vão se refletir na ENSP- FIOCRUZ desde o início de sua produção científica, após o financiamento da FINEP para a área de Saúde Coletiva no ano de 1976. Quando é criado o Departamento de Planejamento em Saúde, os seus professores, passam a orientar, majoritariamente, teses e dissertações com o marco teórico do Planejamento Estratégico. É interessante lembrar, para entender desde o início a incongruência entre os dois estilos do campo do planejamento, que na FSP-USP não há um departamento com este nome. Porém, embora com uma concepção distinta, o planejamento estratégico não significou uma ruptura completa com o planejamento anterior, somente o reduziu a uma dimensão operacional- a parte normativa- de um planejamento maior, com um marco teórico caracterizado pela possibilidade de transformação da sociedade, aspecto que o planejamento normativo nem sequer comenta.

Para uma melhor compreensão disto, é importante correlacionar este modelo trazido para a realidade brasileira pela luta que o movimento sanitário travava contra o complexo médico- industrial e pela redemocratização do Brasil, com o modelo de saúde implantado pela ditadura militar.

Embora a produção de trabalhos neste EP não seja das mais expressivas até o período analisado- 1993 (pouco mais de uma dezena) , três das quatro teses utilizadas para ilustrar o estilo são de doutoramento, o que preconiza uma expansão na área. O mais importante "pai" deste EP, que só existe na ENSP, é Adolpho Chorny, que orienta a tese de Francisco Eduardo Campos em 1988- *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*, e a de Lígia Giovanella, em 1989, com o título de – *Ideologia e Poder no Planejamento Estratégico em Saúde: uma abordagem de Mario Testa*. A outra tese selecionada tem como orientador Joaquim Cardoso de Mello do departamento de Ciências Sociais em Saúde da ENSP(um dos "pais" do EP- Educação em Saúde), o que vem a manifestar o vínculo deste tipo de planejamento(o estratégico) com as

ciências sociais, correlação que não ocorria com o planejamento normativo. Intitula-se : *O Agir Comunicativo e a Planificação Estratégica no Setor Social (e Sanitário) : um contraponto teórico* e é de Francisco Javier Uribe Rivera, em 1991.

Uribe Rivera passa a ser um dos novos "pais" do EP, orientando a dissertação de Elizabeth Artmann, intitulada: *O Planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa*, em 1993.

As teses agrupadas para a análise deste EP têm uma forte carga de epistemologia; o conceito de saúde é vinculado à determinação social do processo saúde-doença ; inserem-se como colaboração às lutas do Movimento Sanitário e na proposta de transformação da sociedade; defendem a não neutralidade dos cientistas/ pesquisadores/ planejadores; são pesquisas qualitativas e a bibliografia e as citações nos textos têm uma base clara no materialismo histórico, distinguindo-se daquelas do EP anterior. Incorporam, também, Habermas. Têm uma preocupação evidente em explicitar o que é este planejamento, mais do que investigar casos de sua aplicação, portanto, essencialmente teóricas, sem trabalho de campo. Isto traz, como um dos reflexos mais visíveis, uma impossibilidade de comunicação (incongruência) com o EP –Planejamento normativo.

Os autores utilizados na bibliografia são fundamentalmente os produtores das bases do planejamento estratégico: Matus e Testa. Mas também há coincidência de outros autores, como: Bourdieu, Foucault, Gramsci, Habermas, Kosik, Lenin, Lucaks, Marx e Poulantzas, ausentes nos trabalhos do EP anterior.

A terminologia utilizada é peculiar porque faz uma interface entre a epistemologia, a linguagem do planejamento e a tipicamente marxista. Atores sociais e poder são categorias de análise. Criam daí, uma linguagem própria que inclui: modos de produção, luta de classes, transformação social, construção de sujeitos, ideologia, hegemonia, paradigma matusiano, agir comunicativo, relações intersubjetivas, conjuntura e estrutura, genotipia e fenotipia, Imagem- Objeto, Situações intermediárias, rede de trajetórias, Movimento Sanitário.

Giovanella (1989) em seu resumo já aponta para algumas dessas características:

...os enfoques estratégicos do planejamento em saúde como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser"... onde considera-se o problema do poder, e admite-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação- problema. ... ao compreender os problemas de saúde como socialmente determinados. ..(Resumo).

Na p. 13, caracteriza a sua concepção de Estado e de sujeito, quando, em referência ao Movimento Sanitário, o define como... *sujeitos sociais individuais ou coletivos, conscientes, que participam do Estado ampliado, constituindo-se em atores sociais disputando poder na sociedade...*

Rivera (1991) utiliza-se dos pressupostos "habermasianos" para propor novas reflexões sobre o planejamento, mostrando a lógica weberiana do planejamento normativo e apontando para falhas na elaboração teórica do estratégico. Nestas premissas, preserva a discussão sobre a análise do poder, sociedade dividida em classes, atores sociais, mas propõe um "agir comunicativo" como forma de operacionalizar melhor o planejamento estratégico(a construção, em conflito, da situação- objetivo desejada) .

...Esta concepção da ação normativa denuncia um déficit de racionalidade. É uma racionalidade da ação na qual os agentes se desobrigam de prestar contas em público de suas intenções e modos de fazer, não atentam para as consequências possíveis de seus atos...os princípios éticos subjacentes a essas características experimentariam uma deterioração ou corrupção, dando lugar ao utilitarismo e ao mero gozo material....(p. 12/ 13).

...é necessário levar em conta as decisões de oponentes racionais...o êxito vem determinado, no caso da ação instrumental pela realização de um estado de coisas desejada, e, no caso da ação estratégica, pelo grau de influência sobre as decisões de um oponente, observando-se regras de escolha racional (e um saber analítico). As ações instrumentais podem ir associadas a interações sociais. As ações estratégicas representam elas mesmas, ações sociais... (p. 15).

Sua orientanda, Elizabeth Artmann, transita por uma área bastante semelhante, mas, em seu resumo, caracteriza o avanço para uma proposta operacional.

...Uma discussão sobre o paradigma matusiano a partir da referência do paradigma comunicativo de Habermas... Por último, construímos uma proposta simplificada de planejamento para o nível local de saúde, baseada na síntese dos referidos métodos....(resumo)

A tese de Francisco Eduardo Campos, elabora uma programação que poderia ser caracterizada como normativa, dentro do planejamento "tradicional". A diferença, neste caso, é que esta programação está a serviço de uma Imagem-Objetivo, caracterizada como a da Reforma Sanitária; localiza-a numa disputa de poder no setor saúde; caracteriza a determinação social do processo saúde-doença e, com isto, demonstra que o planejamento normativo pode ser utilizado, mas a serviço de um planejamento maior, o estratégico. De qualquer modo, portanto, aquele necessita reavaliar sua concepção teórica, o que mantém a incongruência entre ambos. Ou, no entendimento de Fleck, no que ele intitula de princípio do conhecimento máximo (p. 98), o planejamento estratégico inclui aquele, tratando-se, portanto, de um EP mais abrangente. Exemplificando o pensamento de Francisco Campos:

...Este trabalho...no momento que se propõe a construção de um novo sistema de saúde no País... a preocupação com um sistema de saúde mais justo...a perspectiva de militante do Movimento Sanitário...a dificuldade de conciliar essa militância com as tarefas de uma produção acadêmica... (p. 1 / 3 / 4 e conclusões)

As ciências correlatas, que diferenciam substancialmente este EP de seu outro, nas investigações dos problemas agrupados no tema- Organização dos serviços de saúde são as que já vimos: epistemologia, história, economia, sociologia, filosofia, administração, antropologia e política.

IV.1.1.3 Atores Sociais nas Políticas de Saúde

No processo de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), iniciado na década de 70, estabeleceu-se um confronto entre o Complexo Médico-

Industrial e o Movimento Sanitário (Da Ros,1991; Escorel,1989). Este último, considerado o grande ator social coletivo da construção de uma Reforma Sanitária, era constituído por vários sub-grupos, também atores sociais coletivos, com bandeiras próprias(Da Ros,1991; Escorel,1989).

Dentre eles destacavam-se: o movimento popular de saúde, capitaneado pela Igreja Progressista, em luta constante contra o abuso de medicamentos; os chamados "preventivistas" do Ministério da Saúde(com a lógica da medicina preventiva), exigindo mais recursos para a prevenção de doenças; os "publicistas" do INAMPS (com a lógica do planejamento e administração), propugnando que os recursos públicos para a construção de hospitais não fossem para a iniciativa privada; a Medicina Comunitária, priorizando um trabalho com saúde de forma integral e, enfaticamente, em atenção primária; os intelectuais da academia, mostrando a "perversidade" do modelo de saúde brasileiro implantado pela ditadura militar; o movimento estudantil, lutando por uma universidade pública e gratuita, e por um modelo formador mais amplo; e os movimentos "corporativos"-principalmente o REME (Renovação Médica) em oposição à Associação Médica Brasileira, e o movimento de Médicos Residentes, defendendo uma formação menos hospitalar e menos fragmentada do ser humano.

Todos esses movimentos tinham em comum a luta contra algum setor específico do Complexo Médico- Industrial ou ele como um todo. Além disso, propugnavam a construção de um sistema de saúde mais humanizado, que diminuísse os determinantes de doença da população. Lutavam, também, pela redemocratização do Brasil, inserindo-se nos movimentos pela anistia e pelo fim da ditadura militar de 1964.

O Complexo Médico- Industrial, beneficiário do modelo flexneriano imposto ao País pela mesma Ditadura, composto por : ABIFARMA- produtores de medicamentos; ABRAMGE- os seguros saúde privados; FBH- os interesses de hospitais privados; os fabricantes de equipamentos para profissionais de saúde ; a AMB, defendendo uma prática liberal da medicina; e as faculdades de medicina privadas, gozaram de uma hegemonia clara até 1974, quando eclode a primeira grande crise de legitimação dos governos militares. Isto criou as condições materiais

para que os movimentos isolados(que constiuam as bases do Movimento Sanitário) pudessem trabalhar unificados.

Neste processo de militância, vários membros dos diversos sub- grupos que constituíam o Movimento Sanitário migraram para a “academia” em busca de aprofundamento científico que os instrumentasse melhor para a proposta de transformação. Isto se deu particularmente na ENSP. Patrícia Ribeiro(1991), em sua dissertação , relata que a instituição do campo de investigação denominado de Saúde Coletiva (diferente da até então denominada saúde pública) nasce desta dupla proposta- a militância pela Reforma Sanitária e a busca do embasamento científico para o seu desenvolvimento.

Realizar investigações científicas na área da saúde, compatibilizando-as com a militância (ver tese de Fransisco Campos, no planejamento estratégico) não era tarefa comum. É neste processo que buscam entender seus próprios papéis, e disto nasce esta forma especial de compreensão, que chamo de EP- Atores Sociais. A rigor, não há uma incongruência deste EP, com o de planejamento estratégico, parecendo em alguns momentos, um matiz daquele. Mas seguramente há esta incongruência, com os outros EPs.

O campo de investigação- Saúde Coletiva-, patrocinado pela agência de fomento a pesquisa- a FINEP , a partir de 1976, desenvolve-se especialmente na ENSP, e Instituto de Medicina Social da UERJ . As teses e dissertações abrangeram temas que geraram EPs diferenciados, embora com o mesmo referencial teórico de base marxista (Burlandy,1993; Ribeiro,1991): O EP-planejamento estratégico, o EP- epidemiologia crítica, o EP - epistemologia e saúde, e o EP- educação em saúde.

Nos trabalhos do EP- Planejamento Estratégico em Saúde, há uma defesa clara da transformação social do País e de uma Reforma Sanitária, assumindo uma posição de não neutralidade explícita do pesquisador, e entendendo que para esta mudança era fundamental a constituição de atores sociais coletivos, no caso, o Movimento Sanitário.

Já nos trabalhos analisados no EP- Planejamento normativo e administração de serviços de saúde, não se toca no assunto transformação da sociedade. Em alguns casos, parece defender explicitamente as teses da ditadura

militar (Brasil Grande, etc...), ou exaltar o complexo médico- industrial (AMB, FBH), e assume o discurso da neutralidade do técnico em planejamento.

Como se vê, do antagonismo e incongruência entre os dois estilos de pensamento, o que está na pauta são atores sociais, atuando no interior do setor saúde. É em função disto, que a análise da atuação desses atores sociais foi entendida como um EP próprio, e não um matiz do Planejamento Estratégico. Verificando o volume de produções científicas com essa temática, a ênfase no processo de constituição de sujeitos históricos, uma bibliografia comum e distinta de outros EPs, uma linguagem e um modelo de análise peculiar, caracterizando um Coletivo de Pensamento, evidenciou-se a pertinência de um estilo particular.

Entre os setenta e dois trabalhos examinados, a partir dos "pais" , separei quatro para ilustrar este EP- Atores sociais nas políticas de saúde. Revisitando os resumos, encontrei pelo menos mais quatro que tratam explicitamente de atores sociais, todos na ENSP. Os "pais" deste EP estão basicamente no Departamento de Ciências Sociais e Saúde (Victor Valla e Cecília Minayo) e no Departamento de Planejamento (Sérgio Arouca, Uribe Rivera e Maria C. Puntel), caracterizando a interface que a análise de atores sociais faz com o planejamento e as Ciências Sociais. As selecionadas são: a de Sarah Escorel- 1987- (orientador – Sérgio Arouca): *Reviravolta na Saúde- origem e articulação do Movimento Sanitário*; de Maria José Schochi- 1989- (Or. Maria Cecília Puntel) : *Estudo da Prática dos trabalhadores de Saúde*; Flávio Goulart – 1992- (or. Cecília Minayo) : *Políticas e Instituições de Saúde- o vivido, o percebido, o representado-* e Mary Jane Teixeira- 1994- (Or. Victor Valla): *Vigilância Epidemiológica e Controle Público- usuários e profissionais organizados no SUS*. A orientadora de Maria José Schochi, Maria Cecília Puntel, havia sido a primeira a defender tese de doutorado na ENSP, em 1984, orientada por Juan Stuardo Yazlle, e sua tese já prenunciava uma ênfase em atores sociais- *Estudo do saber da enfermagem e sua dimensão prática*- Nenhum destes orientados, à exceção de Puntel, até o período examinado, orientou teses para podermos afirmar a manutenção deste EP através de um período mais longo, mas dez anos em "tempos modernos" já nos permitem caracterizar uma

persistência no tempo, sugerindo fortemente a existência de um EP- Atores Sociais do Setor Saúde.

A terminologia comum a este EP passa a ser: construção da contra-hegemonia, o movimento sanitário, papel de sujeitos/ atores sociais, luta pela transformação, VIII conferência Nacional de Saúde, reforma sanitária, construção do SUS, o Estado como espaço de luta, políticas sociais, políticas públicas, controle social, conselhos de saúde, entre outras expressões.

Na bibliografia constam os autores do Movimento Sanitário Brasileiro, e todos os trabalhos citam pelo menos Marx e Gramsci, e autores do planejamento estratégico.

As Ciências correlatas são sociologia, epistemologia, História, política, economia, educação e antropologia.

As pesquisas contêm revisão histórica, capítulo defendendo o marco teórico, a definição clara do conceito de saúde como determinada socialmente, mas o recorte estabelecido para a investigação não inclui a doença como fenômeno biológico. Em nome da determinação social, fica banido o biológico. A maioria delas tem conteúdo de entrevistas, sempre com perguntas abertas, caracterizando-as como qualitativas.

Para ilustrar as afirmações, selecionei um pequeno trecho de cada uma:

...Creio que, na realização da 8ª C.N.S., alguns passos rumo às transformações foram dados...para o processo de reeducação não só do trabalhador, como também da população em relação à definição de saúde , enquanto processo abrangente e de caráter eminentemente político... (Schochi, p. 105).

...Agradecimentos aos companheiros militantes...que abriram espaço para o acesso aos representantes das Associações de Moradores entrevistados...(Teixeira, p. v).

...minha experiência e militância na área da saúde me possibilitaram imenso aprendizado por me colocarem diante de uma realidade na qual atuavam diversos atores sociais, dotados de interesses múltiplos e contraditórios...que escolhi como tema, um aprofundamento sobre "Reforma Sanitária"...comportamento dos

diferentes agentes em relação à formulação e recepção das políticas de saúde...(Goulart, p. 10)

...Pelo caráter democrático da VIII CNS, a sua realização possibilitou, mesmo que com fortes divergências partidárias e estratégicas, ampliar enormemente a frente de pessoas que compartilham das propostas do movimento sanitário... (Escorel, p.4).

A partir da década de 90, é possível notar, pela releitura dos resumos, que também na FSP-USP aparecem T e D compatíveis com este EP, mas como eles não haviam sido pré-selecionados entre os setenta e dois trabalhos examinados, não são destacados.

IV.1.2 Orientações à População

IV.1.2.1 Educação Sanitária

Em relação ao seu aparecimento, enquanto conteúdo especificamente ligado à SPB, inicia desde o início do século XX. Em 1901, segundo Vasconcellos (1995), um primeiro informe das pesquisas desenvolvidas pela Standard Oil (empresa da Rockefeller Foundation) recomenda a prática de educação sanitária como um bom investimento para aumentar a produtividade da força de trabalho. Enquanto proto- idéia (Fleck,1986), existe a noção, desde a antiga Roma, de que educar em saúde (praticar a higiene) é uma forma de garantir mudança de comportamentos, para que as pessoas não adoçam (Rosen, 1994). Mais tarde, no século XVIII, preconiza-se a educação/ informação em saúde, como base para que as pessoas possam inclusive mudar a realidade social. Este tipo de raciocínio em relação à educação foi objeto de estudo vários anos depois, em Marx (1982), no séc. XIX, em seu livro Ideologia alemã, onde afirmava que as condições materiais de existência determinam a consciência, e não seu contrário, ou seja, não seria a educação que modificaria a realidade social, mas esta, modificada, determinaria uma

nova educação . Independente das demonstrações marxistas de que assim é, ou justamente por causa dessas demonstrações (para negá- la), porém, o pensamento de que a consciência dos homens modificaria a realidade social adentra o século XX, e é uma das bases para o EP –Educação Sanitária, que se mantém neste “apagar das luzes” do século XX.

Yunes e Campos(1984) chamam o período da SPB que se inicia em 1925, de fase da Educação Sanitária, de onde me apropriei do nome que dou para este Estilo de Pensamento, com características fundamentalmente distintas de outro, incongruente em relação a este, que chamarei de Educação em saúde(o próximo EP a ser caracterizado)...

Em nossa história mais recente, e relacionada com as Instituições estudadas, temos o primeiro curso de SPB da John Hopkins, em 1918, do qual participaram dois dos fundadores da FSP-USP, que já preconiza educação em saúde como conteúdo dentro da SPB. A concepção de educação em saúde pode ser vislumbrada nas colocações de Paula Souza (um desses fundadores e seu primeiro diretor) que, segundo o livro de Ribeiro (1993), diz não adiantar tentar mudar a realidade social, já que as crianças são desnutridas porque as mães são mal educadas, defendendo, para a redução da mortalidade infantil, a educação sanitária

O modelo inicial deste EP, nos EUA, era... *mostrar cenas chocantes das doenças, na crença de que isto servisse de argumento constrangedor para que o público se impressionasse e se convencesse...* (Rosen, 1994, p.301) . Portanto, resumidamente, para as pessoas saírem da miséria receitava-se a educação, e esta era entendida como repasse de informações que assustasse o público, de tal forma que induziria à mudança de comportamento.

A educação sanitária tem, portanto, as seguintes características: higiene (ou cuidados) individual para evitar doenças- que são responsabilidade dos indivíduos (ou de seus pais que não lhe garantem educação) -; estes cuidados, embora sejam pensados de várias maneiras, por exemplo, saneamento do meio ambiente, combate a fatores de risco, existência de habitação arejada, etc., características da multicausalidade, são defendidas para evitar a entrada do agente

causal- portanto, de concepção claramente biologicista . Há uma negação explícita da determinação social no processo saúde- doença. Nas características deste EP, apresenta- se, ainda, uma concepção de que o educador é conhecedor da "verdade científica" e que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos. Esses pressupostos são justamente o mecanismo que dá base para a incongruência em relação ao EP educação em saúde.

A educação sanitária era a base para a ação que seria desenvolvida (Pereira, 1993). Ou seja, era pensada como parte de uma estratégia para combate a determinada doença, em que se precisava preparar a população para as ações que seriam tomadas pelos sujeitos do conhecimento/ e do poder.

Este EP tem uma persistência no tempo que data do início do século e se mantém .Embora não se tenha localizado nenhum trabalho posterior a 1988 com este EP, nada indica que seja um estilo extinto, até porque é utilizado, inclusive como tônica das campanhas do Ministério da Saúde nos dias de hoje. As campanhas anti-drogas, com imagens que tentam chocar, descarregando a responsabilidade exclusivamente nos indivíduos, podem serem bom exemplo, bem como as campanhas anti- AIDS, modelo- use camisinha senão morre- que são repetidas à exaustão, pretendendo a inculcação do cuidado. É interessante notar que, embora persista no tempo e não existam indicadores que atestem alguma eficácia desse método, segundo Ornellas(1981), gastam-se grandes somas de recursos para implementar tais iniciativas, com panfletos, programas de rádio e TV, pessoal treinado, etc... No entanto, conforme estudos, temos, por exemplo, a não utilização da camisinha , confirmada pelo número crescente de gravidez em adolescentes nos últimos dez anos (Maccari, 1999).

Os dados característicos deste EP, manifestados nos parágrafos anteriores, foram extraídos da história da SPB (revisitada após a caracterização do EP a partir das T e D), e selecionei, para apresentá-lo, os seguintes trabalhos. (todos da FSP-USP): um grande "pai" do EP, Ruth Sandoval Marcondes, com sua tese de doutorado em 1964- *Educação Sanitária em nível Nacional*, e também sua tese de L-D em 1968, com o título- *O preparo da professora em educação sanitária*.

Um de seus "filhos", Nelly M. F. Candeias, mantém o EP, com a tese de doutorado em 1979- *Educação em saúde na prevenção do risco gravídico*, e orienta tese de doutorado em 1988, de Eduardo Lúcio Soares- *Educação em saúde bucal nas escolas*, todos do Departamento de Práticas de SPB da FSP-USP. Além dessas quatro, selecionei também a tese de L-D de Aracy Spínola, em 1974, que, embora não deixe "descendência" dentro deste EP, e seu departamento seja o de Nutrição em SPB (FSP-USP), é bastante típica deste estilo- *Aspectos sociais do comportamento alimentar de adultos*.

Exemplos deste EP nos trabalhos aparecem da seguinte maneira: Ruth Marcondes, em sua tese de L-D (pg 77), afirma ... *O conceito de educação sanitária... para incluir a compreensão da responsabilidade do indivíduo para resolver os problemas de saúde*.

Embora assuma a multicausalidade como concepção de saúde, afirma, (pg.80) que é importante a professora observar os hábitos de limpeza das crianças.

Em sua tese de doutorado, mostra que o objetivo da Educação Sanitária (pg.26)... *é ajudar a comunidade a compreender os programas de saúde, participar deles, reajustando valores culturais...*

Na pg.27, *Todavia, embora a coerção produza resultados...* O modelo pedagógico assumido, de pensar educação como coerção, contrapõe-se à concepção do EP – Educação em Saúde, que será desenvolvido a seguir.

Na pg 51,...*assessorados pela Agency for International Development...iniciamos nosso trabalho...* mostrando que no ano de 1964, a ligação de alguns trabalhos produzidos na FSP continuava sendo com os EUA, não só financeiramente, mas também em nível de assessoramento.

Nas duas teses de Ruth Marcondes e também na de Aracy Spínola, aparece a lógica, levantada pela Standard Oil em 1901, de fazer educação sanitária como fator importante para assegurar a produtividade. Spínola (pg 2) diz da seguinte maneira:...*além de corresponder teoricamente ao capital humano, força produtiva da Nação...* e (pg 7)...*a produtividade está ligada à nutrição, não dependendo apenas do salário...os restaurantes deslocam a responsabilidade para os usuários, que por desconhecerem quais alimentos devem selecionar...*

Aconselha, portanto, *...Uma das estratégias recomendadas para a mudança de comportamento nutricional dos trabalhadores brasileiros é que se atue na área cognitiva...* (pg 36), deixando transparecer que e a “culpa” de não se alimentarem adequadamente é individual (desconhecimento dos alimentos) e não da forma de organização econômico-social, como afirma o EP educação em saúde, que veremos no EP a seguir . Na pg 52, Spínola afirma que *o Brasil vem experimentando um extraordinário progresso...levando a pensar que haverá uma elevação de renda dos que hoje são pobres, mostrando que amanhã não mais o serão.*

É importante lembrar que quando ela defendeu sua tese, o Brasil passava por uma ditadura militar que fazia campanhas de “Brasil Grande”, desenvolvendo uma lógica ufanista. Aparentemente, é possível imaginar que Spínola concordava com este ponto de vista. Nos resultados de sua pesquisa, assinala que seus achados serão importantes para o especialista em educação sanitária e que o consumo de alimentos independe, em parte, de sua disponibilidade.

Nelly Candeias apresenta em suas conclusões um programa que deve ser executado, cujo conteúdo educativo visa ao controle do risco gravídico, desta forma, assegurando a verdade do técnico e a verticalidade da concepção de educação.

Os trabalhos neste estilo de pensamento, normalmente utilizam-se de campos correlatos de conhecimento como a estatística e, embora com resultados apresentados de forma quantitativa, as pesquisas sempre envolvem entrevistas para entendimento da compreensão popular sobre o tema pesquisado. Após o levantamento dos dados, o tratamento é estatístico. Podem, portanto, ser caracterizadas como quali- quantitativas. Além da estatística, os outros campos utilizados são: das ciências do comportamento (psicologia, antropologia), legislação, educação, higiene, biologia e fisiologia. É interessante notar que, na bibliografia, os autores que tratam de educação são sempre da área de educação sanitária(não tratando das bases da educação propriamente dita), e que não há autores brasileiros arrolados. Ruth Marcondes orientou acima de vinte e cinco teses ou dissertações e, em vinte delas, aparece a palavra educação no título do trabalho. No total, acima de quarenta trabalhos, todos na FSP-USP, estão enquadrados dentro deste EP.

IV.1.2.2 Educação em saúde

Enquanto vinculação de um campo de conhecimento a outro, na área de SPB, tanto a educação como a saúde têm sua história ligada em tempos modernos aos primeiros cursos de SPB (ver EP educação sanitária). A incongruência/ incompatibilidade entre este estilo e o anterior dá-se em função de diferentes concepções de mundo e de saúde em particular, que pretendo caracterizar logo a seguir.

A partir de 1976, quando a ENSP obtém financiamento para investigar na macro- área chamada de Saúde Coletiva, uma das áreas que inicia seu desenvolvimento é chamada de Educação em saúde ou Educação para saúde. A discussão a respeito de qual o melhor nome para a área de investigação encontrei numa das teses examinadas (Pereira, 1993) e adotei a preposição –em- sublinhada, para marcar a diferença com o EP anterior- Educação sanitária, característico da FSP.

Embora várias teses/ dissertações da FSP-USP, antes dos anos 80, usem o termo- educação em saúde, seu conteúdo é incongruente em relação a este(educação em saúde) da ENSP-FIOCRUZ. Segundo Pereira(1993), é a partir do final da década de 60 que se dá uma reformulação geral no conceito de educação sanitária . A persistência no tempo, característica de um EP, segundo Fleck, permite que na FSP o “velho” estilo se mantenha, mas dentro da macro- tendência da saúde coletiva, a discussão sobre educação / saúde , principalmente na ENSP, abandona o nome de educação sanitária.

O grande “pai” deste estilo (educação em saúde), até 1992, foi Joaquim Cardoso de Mello, que publica um primeiro texto em 1979, e orienta a primeira dissertação em 1981. Este pesquisador adverte (Pereira, 1993) para que não se utilize o termo- educação para saúde- *...porque saúde não é um estado que se assume depois de educado ou uma mercadoria a ser adquirida usando educação*

como moeda... (p. 19). Ele entende que a educação permeia as práticas sociais e inclui práticas diversas que se dão no interior do setor saúde. E que essas práticas tem historicidade. O estilo, iniciado em 1981, mantém-se até 1993, pelo menos, demonstrando, pelo volume de trabalhos, não só a persistência no tempo, como também a existência de um coletivo de pensamento.

Para caracterizar as bases deste EP, selecionei dissertações de dois orientandos de Joaquim Cardoso de Mello e mais outras duas de outros "pais" da ENSP, mas que mantêm as mesmas características: a relação entre educador/ pesquisador – educando/ pesquisado é biunívoca; o conceito de saúde utilizado é o da determinação social do processo saúde – doença; a concepção de mundo está calcada basicamente no materialismo histórico. A de educação, como prática libertadora, e a de que o pesquisador não é "neutro". Uma das tônicas dos quatro trabalhos examinados é a crítica à postura ideológica do EP- educação sanitária, desde a formação de profissionais que serão inculcados (Ornellas, 1981) para atuar, como a sua prática verticalista, dona de verdades a serem passadas ao "povo", que será o objeto de suas informações e ações. Criticam, ainda, a ineficiência das ações para o resultado proposto.

As pesquisas neste EP, eventualmente, envolvem dados quantitativos, mas são sempre também qualitativas.

Cleuza Panisset Ornellas, "orientanda " de Anamaria Testa Tambellini, em sua dissertação, de 1981, intitulada *Educação em Saúde- Prática sanitária ou instrumento de ação ideológica ?* manifesta-se da seguinte forma:

...Portanto, a inculcação, nos profissionais de saúde , da importância da ação educativa como medida para a solução dos problemas de saúde essencialmente originados nas desigualdades sociais, faz desses profissionais agentes de ação ideológica e controle social...(p. 12)

Na p. 5, citando Cardaci(1979), reafirma a concepção de atuação do EP- educação sanitária: *... o desenho de programas de educação sanitária e o eixo central de sua concepção e execução, foram, fundamentalmente, a crença de que um "vazio"de informação era o que originava as práticas "errôneas" dos indivíduos e, em consequência, uma informação convenientemente estruturada e canalizada pelas*

vias mais corretas daria como resultado imediato uma mudança na conduta daqueles aos quais era dirigida a mensagem...(tradução minha)

Analisando os resultados de seu trabalho sobre a prática de educação sanitária, ela conclui:

...A falência dos mecanismos de transmissão de informação de saúde não possibilita avaliar a influência da ação educativa nas condições determinantes dos índices de morbi-mortalidade...Não há indicações de terem ocorrido mudanças de conduta em relação à saúde, por influência das ações educativas...(p. 97/ 98)

Angela Fernandes, em 1983, em sua dissertação- *Rompendo com a produção de uma doença que não dói- a experiência de alfabetização em Nova Holanda*, reforça o papel da educação como: *...uma consciência que deve garantir e legitimar a dominação sem que seja necessário o uso da coerção...*(p.10)

Rosa Valéria Azevedo Said, “filha” de Joaquim C. de Mello, em 1984 , em seu trabalho- *A percepção da Leishmaniose tegumentar americana* reafirma:

...A Escola inculca nos membros das classes populares o respeito pela ciência...(p.16) E nas conclusões reflete sobre a prática da educação sanitária: *...A população não incorpora efetivamente o discurso médico oficial...porque esse discurso é desvinculado de suas vidas ...*

O trabalho que caracteriza mais claramente a incongruência entre os EPs que tratam o binômio saúde – educação é o de Gilza Sandre Pereira- 1993- *O Profissional de Saúde e a Educação em Saúde- representações de uma prática*, onde ela caracteriza a concepção de mundo e de saúde do EP – Educação Sanitária- desde suas raízes históricas na chamada doutrina higienista:

...As doutrinas higienistas estão fundadas no conceito de eugenia- que buscava o aperfeiçoamento físico e mental da raça humana- e na visão funcionalista da sociedade, ou seja, na noção de sociedade como um conjunto estruturado e hierarquizado, que tende a funcionar harmonicamente com a participação natural de todos os seus membros, cada um dentro de “sua” posição na estrutura harmoniosa da sociedade. A Higiene traz para o nível do indivíduo a questão da determinação saúde/ doença, retirando o foco de atenção sobre políticas sociais e condições de vida e trabalho da população... Creio que o ponto principal, sobre o qual se deve

colocar atenção, é a base biologicista que fundamenta o conceito de educação em saúde descrito aqui. O modelo bio-médico considera a saúde/ doença como uma questão que emerge do corpo individual e é resolvida nele. Essa fala médica ganha força na metade do século XIX, com as descobertas bacteriológicas de Pasteur... Os higienistas relacionavam os problemas de saúde à ignorância dos indivíduos em relação às normas de higiene...(p. 21)

A mesma concepção de sociedade que dá origem às teorias não críticas da educação é a base para uma educação em saúde que coloca no indivíduo a culpa pelos seus problemas de saúde e, portanto, no próprio indivíduo- na mudança de seus comportamentos e atitudes- a solução desses problemas...(p. 22)

...Pensar os serviços e as práticas (inclusive educação sanitária) que nele acontecem como instrumento de hegemonia da classe dominante guarda relações de proximidade com o segundo grupo de teorias de educação(crítico-reprodutivistas) descritas por Saviani (1987) ...(p. 25)

...Os profissionais de saúde ...repetem o conceito aprendido e efetivamente atuam em conformidade com ele...e se angustiam com o que consideram fracasso na sua atuação. Um fracasso que remete não ao conceito aprendido enquanto tal, mas ao conceito (educação em saúde) vivido enquanto ação...(p.106)

Como se observa, a concepção do EP- Educação em saúde tem pressupostos diferenciados em relação ao EP- Educação Sanitária: uma relação sujeito- objeto, a participação de atores sociais, uma concepção não inculcadora, a construção do conhecimento, o respeito a culturas diferentes, a informação contextualizada e a transformação das relações sociais, tomando os estilos incompatíveis entre si.

A linguagem utilizada neste EP é decalcada dos autores utilizados na bibliografia, que são: Marx, Gramsci, Althusser, Habermas, Heller, Bourdieu- Passeron, Kosik, Offe. Autores da área de epistemologia, como: Kuhn, Capra, Morin, Piaget-Garcia. E autores da área de educação, como Saviani, Apple e, especialmente, Paulo Freire. São utilizados, ainda, os autores brasileiros

protagonistas do Movimento Sanitário, tais como: Arouca, Possas, Madel Luz e Gentile de Melo.

Desta forma, penso também que ficam caracterizadas as ciências correlatas em que se baseia o estilo de pensamento: economia, filosofia, educação, história, antropologia, política, epistemologia, legislação, sociologia, diferenciando-o substancialmente do EP- Educação Sanitária.

IV.1.3 Estudos sobre Doenças

IV.1.3.1 Biologia de Vetores

Historicamente, este EP pode ser relacionado com a teoria dos miasmas (enquanto uma proto-idéia), mas mais claramente, ele inicia seu desenvolvimento com a chamada Era Microbiológica, no fim dos 1800, e com a ruptura com o chamado Movimento de Medicina Social. Com o advento da descoberta dos germes, desenvolve-se a teoria unicausal de entendimento das doenças. Como consequência, desenvolve-se todo um arsenal de busca da forma como esses germes entram na "máquina humana"¹⁴. Já em 1889, é oferecido, nos EUA, o primeiro curso de bacteriologia de laboratório. No Brasil, em 1903, há grandes campanhas de saúde pública para exterminar com mosquitos, sob a organização de Oswaldo Cruz, no então Instituto de Manguinhos (futura FIOCRUZ, responsável pela ENSP), com ligações com o Instituto Pasteur francês. Em 1918, no primeiro curso de higiene e SPB da Universidade John Hopkins (financiada pela Rockefeller Foundation), dois professores do Instituto de Higiene de S. Paulo são alunos. Esses professores, juntamente com outros vindos dos EUA, indicados pela própria Rockefeller, são os responsáveis e dirigem a implantação definitiva da futura FSP-USP. Em 1930, o Instituto faz questão de assegurar sua "neutralidade" em relação aos conflitos, que se desenrolavam no Brasil, em favor da manutenção dos recursos da Rockefeller (vide retrospectiva histórica). No período que vai de 1890 a

¹⁴A esta nova abordagem corresponde, também, o nascimento da possibilidade do Capital desenvolver lucro com doenças, o que vai significar o surgimento do poderoso Complexo Médico-Industrial que continua atuante, hoje.

1930, os EUA vão consolidando sua hegemonia dentro da lógica capitalista mundial. A conotação imperialista/ colonialista faz-se evidente.

No Brasil, a partir de 1930, o governo Vargas cria o Ministério de Saúde e Educação e, na área de saúde trata de evitar epidemias, combatendo vetores de doença, especialmente nas fronteiras de ampliação agrícola. Neste contexto, a SPB é entendida como unicausal e insere-se no marco que Yunes e Campos (1984) vão chamar de controle de epidemias. Ora, para controlá-las, era preciso saber mais sobre o comportamento dos vetores. O entendimento que tenho, é que essas circunstâncias colaboram , e são a base, para que, a partir da regulamentação do cursos de Pós-graduação, as primeiras dissertações/ teses da FSP-USP estejam relacionadas a este estilo, que denomino de Biologia de Vetores.

Este nome foi retirado de um dos trabalhos examinados dentro deste mesmo estilo. Edmundo Juarez, um dos "pais" do EP, em sua tese de Doutorado, em 1970, (...sobre o *triatoma infestans*) na introdução, chama o campo de conhecimento de seu trabalho de Biologia de Vetores, de onde, portanto, retirei a denominação deste EP.

Metodologicamente, para caracterizar este EP, depois do acúmulo da retrospectiva histórica, sem ter , todavia, caracterizado os EPs através dos dados contidos nos trabalhos escritos (T e D), o primeiro ponto que chamou atenção foi o fato de um dos grandes orientadores da FSP-USP, que tinha no título de sua tese um nome em latim, ter orientado diversos trabalhos, com títulos também usando nomes em latim, e seus orientados, quando passavam a orientadores, mantinham para seus alunos títulos de trabalhos também usando o nome científico de diversos artrópodes (vetores) em latim. Para que fique mais claro, vejamos alguns dados constantes dos trabalhos analisados:

Oswaldo Foratinni defendeu tese de Livre Docência, em 1954, com o título de *Observações sobre biologia de flebôtomos (Diptera, Psychodidae)*, e, de Cátedra, em 1966, com o título de *Investigações sobre focos naturais de arbovírus*.

Orientou, de 1971 até 1992, seis dissertações de mestrado e seis de doutorado¹⁵. Um de seus orientandos de doutorado, José Barata, em 1979, defende sua tese intitulada – *Aspectos morfológicos de ovos do gênero Rhodnius (heteroptera, Reduviidae)* ...e já orientou (até 1992) um doutor e três mestres. Um de seus últimos orientandos, Ozinaldo Santos, defendeu sua dissertação de mestrado, em 1990, sobre...conhecimento ...sobre vetores artrópodes e seu trabalho foi selecionado para esta análise com a intenção de verificar se o EP se mantinha coerente com o “pai” original deste EP, Oswaldo Forattini.

Os seis doutores, que foram orientados por Forattini, orientaram ao todo (também até 1992), quinze mestres e um doutor. O último dos mestres “descendentes” deste pai foi Iná Kakitani (orientanda de Almério Gomes, que tinha feito sua tese de doutorado sobre a Ecologia dos Psycodopygius). Kakitani defendeu sua tese de mestrado em 1992 sobre *Paridade de Anopheles Cruzii*. Fazendo uma síntese dos trabalhos que chamaram atenção, apresento o nome latino presente no título do trabalho de cada autor, bem como a característica de seu trabalho (LD para Livre-Docência, D-para doutorado, e M para mestrado) e o ano de sua defesa. Todos eles da FSP-USP.

Adotei, para a apresentação deste EP, a forma tabular, em função de ser observável que por fragmentos do título dos trabalhos já seja possível perceber a continuidade do EP.

¹⁵ O catálogo de resumos da FSP-UP editado para os trabalhos apresentados entre 1948-1971 não apresentam o nome dos orientadores. Somente quando um desses trabalhos é examinado em sua totalidade é que se consegue localizar o orientador.

Tabela 3 – Produção Científica¹⁶ no EP Biologia de Vetores

| Pai | Filho | Neto |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Foratinni-LD-54 ...Diptera,Psichodidae | Barata-D-79 ...Rhoniens | Coelho- D-85 ...Panstrongylus |
| | Gomes-D-79 ...Psichodopygus | Kakitani-M-92 ...Anopheles Cruzii |
| | Pattoli- D-72 ...Leishmania | Chieffi-M-75 ..Biomphalaria |
| | Natal-M-81 ...Culex,melanoconyum | --- |
| | Vallada-M-72 ...Culex pipiens | --- |

Outro “pai” selecionado para verificar as características deste EP foi o já mencionado Edmundo Juarez (que em seu trabalho cita este campo de conhecimento, e do qual tiramos o título deste EP), que defendeu sua tese no departamento de epidemiologia da FSP-USP em 1970 com o título – *O comportamento do Triatoma Infestans*.

Examinando sua tese de doutorado, localizamos o seu orientador pelos agradecimentos (que não aparece no catálogo da FSP-USP). Era Oswaldo Foratinni, também.

Edmundo Juarez orientou três teses de doutorado e sete de mestrado até 1992. Nenhum deles deixou “descendentes”, ainda. Para ilustrar, cito três trabalhos por ele orientados. Eunice Silva, D- 72, sobre...*ovos de Triatoma Infestans*; Toshico Ioneda- M-80-...*Oncopeltus fasciatus*; Doralice Souza- D-85 ...*Leptospirose* . Não seleciono nenhum de seus “filhos” para aprofundar o entendimento do estilo, porque entendo que com os quatro trabalhos selecionados, o EP fica suficientemente caracterizado. São eles, os dois de Oswaldo Foratinni, e seus “filhos” Ozinaldo Santos, e Edmundo Juarez (que gerou “netos”).

¹⁶ As referências completas dos trabalhos citados encontram-se na relação de teses e dissertações selecionadas, após a bibliografia.

A primeira base importante para delinear as características deste EP, foi, segundo as assertivas fleckianas, a persistência no tempo. Temos uma primeira tese em 1954, e em 1992, com conjuntura político-social absolutamente distinta do tempo do início, o estilo se mantém, como um círculo esotérico-produtor de conhecimento (teses e dissertações). Ou seja, existe uma conjuntura que determina o início, mas a partir deste início, o estilo mantém-se, pela pertinência do problema investigado, que não deixou de existir.

Uma vez estabelecido o estilo, revisei os resumos e pude constatar que outros autores poderiam estar dentro deste Coletivo de Pensamento, embora não tivessem sido objeto de análise. Outra característica bem marcada deste estilo é a coerência grande entre pais, filhos e netos, demonstrando que a coerção de pensamento dentro dele é bem marcada. Raros são os orientandos que fazem tese sobre outro assunto que não os de dentro do EP. Dos vinte e oito descendentes de Forattini, somente três não seguem o EP, todos "netos". Revisitando os resumos, a partir dos parâmetros caracterizados, chego a aproximadamente cinquenta trabalhos que se enquadrariam dentro deste EP.

As características do estilo de pensamento *Biologia de Vetores* são as seguintes:

Todos os trabalhos examinados têm uma problematização centrada em aspectos geográficos (geografia não-humana) da localização dos insetos. Daí, levando-se em consideração a necessidade de coleta de insetos (para captura e análise) em campo, associada aos fenômenos geográfico-climáticos, gera-se uma linguagem própria, que envolve desde as técnicas de captura, aos dados da geografia (clima, ecologia, botânica, habitat, hospedeiros intermediários, modelos de gaiolas e iscas, repasto sanguíneo, etc...). Se para o micróbio examinado existem hospedeiros intermediários, termos da zoologia também serão comuns, mas a coleta de sangue destes animais contaminados faz parte da rotina dos trabalhos. Em todos, após o trabalho de campo, há o trabalho de laboratório. Neste, mais linguagem técnica específica, em relação ao instrumental de laboratório, das condições imitadoras da realidade, típicas da bioquímica e da biologia. Por fim, há o tratamento estatístico / matemático dos dados, com outra linguagem específica.

Nos agradecimentos, antes da leitura dos trabalhos, já aparecem estas áreas correlatas: aos biólogos, com suas sub-áreas- zoologia, entomologia, virologia, bacteriologia, botânica e biologia humana; aos assessores em geografia, em laboratório e em estatística.

A concepção de saúde é de que a doença é causada por um agente externo que entra em contato com o homem, naturalizando o processo. Esta perspectiva, que reduz o entendimento da doença a apenas esta discussão, se não é superada, convive com outros EPs, cujos trabalhos de investigação originam-se da formulação de problemas mais complexos, conforme veremos adiante. É, portanto, um conceito que, além de ser unicausal, subsume o homem a um achado ocasional no processo biológico, conseqüente ao micróbio localizado dentro do vetor (este sim, o objeto de estudo e não o homem) . A compreensão unicausal, característica deste EP, pode ser exemplificada pela tese de Edmundo Juarez (que tem 35 pgs). Lê-se na pg.2:

...para entender a manutenção desta endemia... procurou-se estudar... a presença do tripanossoma no tubo digestivo do triatomíneo...

No entanto, simultaneamente a este EP, encontram-se trabalhos, que serão a seguir caracterizados como pertencentes a outros EPs e cujos problemas de investigação pressupõem a multicausalidade (característica do EP epidemiologia clássica- IV.1.3.2). Não concordariam, portanto, com um reducionismo que atribui a manutenção de uma endemia à presença de bactéria no tubo digestivo de um inseto, sem levar em consideração o modelo de ocupação da terra, a desnutrição humana, as habitações precárias, etc...Ou seja, adotam a explicação da teoria da determinação social do processo saúde- doença que discutiria o Modo de Produção econômico, que geraria ausência de políticas sociais, relegando os homens a um estado de miserabilidade e de exposição à doença.

Foratinni, na sua tese de cátedra em 1966, na introdução (pg 1), diz que seu trabalho é feito em conjunto com as investigações da Fundação Rockefeller no estado do Pará. Elabora sua concepção de doença como a teoria da nidalidade humana para as bactérias. Há uma naturalidade na infecção. O homem entra em convivência com ambiente de insetos infectados. Como o recorte da investigação

não contempla a investigação do processo social, explicando esta convivência, o interesse, então, é conhecer os hábitos do mosquito, porque é sobre ele que se elaboraria algum cuidado para fazer medicina preventiva. Rigorosamente dentro do conceito de unicausalidade. O tipo de problema levantado em suas conclusões e que mereceria investigações a posteriori é se

... os criadouros peridomésticos de Panstrongylus intermedius representam ocorrência normal ou acidental desta espécie animal.

Não aparece, em sua tese, a preocupação explícita em resolver os problemas dos homens. Por exemplo, para a investigação dos flebótomos (em sua tese de Livre-Docência-1954), foi escolhida uma área, onde... *a moléstia grassasse de modo apreciável*. Outro ponto a ser destacado deste estilo, e contemplado em outros, é que não se encontram referências sobre se há ou não contato/ entrevistas com pessoas quando processa esta investigação. Consequentemente, terapêutica para os infectados, cuidados informativos, educacionais ou preventivos para evitar novas pessoas contaminadas não são preocupações evidenciadas neste trabalho. No desenvolvimento da metodologia e das conclusões destaca-se, de uma forma bastante forte, o já citado tratamento cuidadoso de base estatístico/ matemática.

Aparece, portanto, uma concepção de ciência e valoração do homem, que caracteriza uma determinada concepção de mundo, repartida por todo o coletivo de pensamento. Apresenta uma linguagem peculiar relacionada à interação das ciências correlatas utilizadas, o que aparece, inclusive, nas bibliografias citadas. Por exemplo, na dissertação de Ozinaldo Santos, das sessenta e oito bibliografias citadas, trinta e três mencionam nos títulos o termo "blood-meal" (que pode ser traduzido como repasto sanguíneo). Nas teses de Edmundo Juarez e nas duas de Foratinni aparecem, também, em diversas bibliografias o termo repasto- sanguíneo.

Existe, portanto, um coletivo de pensamento que se mantém desde 1954, uma concepção peculiar de saúde e de mundo compartilhada, uma história da origem e uma bibliografia comum. Até 1992, nenhuma tese/ dissertação com marcas tão características desse EP havia surgido na ENSP-FIOCRUZ.

IV.1.3.2 Epidemiologia Clássica

A história da epidemiologia ficará melhor caracterizada no EP-
medicina preventiva(IV.1.3.4), mas convém realçar algumas particularidades.

O termo epidemia já se encontrava nos manuscritos de Hipócrates e os primeiros dados para entender as doenças coletivamente também foram organizados por ele. Mais tarde, a tradição galênica romana (200 AC.) já se centrava nos indivíduos(poderosos). Depois de todo o desenvolvimento histórico, com a decadência civilizatória urbana, é só com os primórdios da organização do capitalismo que se retoma o interesse pela investigação das doenças enquanto fenômeno social/ coletivo(Almeida Filho, 1994).

É possível entender que o desenvolvimento da epidemiologia enquanto campo de conhecimento tem suas bases afirmadas na ciência moderna a partir de três outras ciências correlatas: a estatística, criada no século XVII para quantificar o Estado Moderno; a biologia aplicada ao homem, com o entendimento da anatomia, fisiologia e patologia, especialmente no século XVIII e XIX ; e as ciências sociais, aplicadas para a área da saúde, especialmente a partir do chamado movimento de Medicina Social europeu do meio do século XIX(Almeida Filho,1994; Pereira, 1993).

O termo epidemiologia é cunhado em 1802 na Espanha e, em 1850, jovens médicos ingleses do movimento de medicina social fundam a London Epidemiological Society.

É paradoxal que seja justamente o movimento de medicina social, com seu conteúdo transformador da sociedade e dos conceitos de saúde, a criar as bases para o movimento bacteriológico (o caso de John Snow)¹⁷, que rompe e dificulta o desenvolvimento da lógica da medicina social por muitos anos. A partir daí, com a lógica da unicausalidade sendo hegemônica, a epidemiologia toma traços que a

¹⁷ John Snow, considerado o pai da epidemiologia(Almeida Filho, p.3), sem conhecer a bactéria ou a teoria de transmissão bacteriana, consegue, pelo chamado raciocínio epidemiológico, demonstrar a teoria microbiana de propagação do cólera e tomar medidas preventivas que eliminaram a cadeia de transmissibilidade em Londres, no início do século XIX.

identificam muito mais com a estatística e o com o biológico do que com as ciências sociais.

Com o advento da teoria de História Natural das doenças(John Ryle – 1936) há um retorno ao pensar no coletivo e se instaura a multicausalidade. Com ela, as ciências sociais voltam a fazer parte dos pilares da epidemiologia (Pereira, 1993) , mas estas ciências sociais passavam a incluir variáveis na multicausalidade e não eram mais concebidas como a explicação para a determinação do processo saúde / doença, pensamento original da Medicina Social, que só vai ser retomado com a chamada epidemiologia crítica (próximo EP a ser analisado).

No livro *La epidemiologia y sus apellidos* (Institut Universitari de Salut Publica de Catalunya,1995), encontramos alguns entendimentos das definições sobre o tema. Em 1970, Mc Mahon e Pugh(1976) definiram epidemiologia como: o estudo da distribuição das doenças e dos determinantes de sua prevalência no homem; em 1976, Lillienfeld (1983) diz que: é o estudo dos padrões de distribuição das doenças na população humana, assim como dos fatores que influem sobre tais padrões; Miettinen (1985) abrevia o conceito para: o estudo da frequência dos fenômenos de interesse no campo da saúde.(grifos meus)

Por estes conceitos, a epidemiologia tem como uma de suas bases fortes a matemática/ estatística (distribuição, frequência, padrões de distribuição) e outra, na concepção de saúde multicausal (os determinantes, os fatores). Nesta lógica, há um pressuposto: que a saúde, sendo multifatorial, tem seu entendimento possível por análises matemáticas.

O EP denominado de Epidemiologia Crítica, que será analisado logo a seguir, adota a concepção de saúde como determinada socialmente e, a partir daí, contempla a multicausalidade(mas como subordinada à determinação), demonstrando que o marco teórico da epidemiologia clássica é o positivismo, assumindo uma posição reducionista frente ao processo saúde- doença.

As teses e dissertações analisadas que agreguei como pertencentes ao EP epidemiologia clássica, portanto, são as que não investigam, não explicitam/ ou eludem, ou ainda, negam a determinação social do processo saúde- doença. Sua característica básica é de estudar um evento sanitário, utilizando-se de instrumental

matemático- estatístico (denominado de bio- estatística), tentando estabelecer que variáveis têm relação mais forte ou mais fraca com o evento estudado.

O surgimento deste EP na FSP-USP corresponde, em termos de correlação histórica, ao período pós II Guerra Mundial e ao desenvolvimento de uma estratégia política dos EUA para a América Latina, onde a localização de variáveis a serem atacadas para colaborar com a resolução de problemas de saúde tirava de cena a possibilidade de lutas pela transformação da sociedade

Sendo esta concepção de saúde multicausal , ela pode enfatizar mais ou menos o biológico, sendo que em alguns casos, a multifatorialidade é utilizada para demonstrar a importância do evento biológico. Em função disto, em algumas circunstâncias, o EP confunde-se com a lógica do EP Biologia de Vetores, embora o objeto não seja um inseto ou um protozoário e sim o homem.

Noutras circunstâncias, os trabalhos deste EP aparecem tão somente como dados matemáticos. Dos agrupados , encontrei três com estas características. São tão marcadas, que se constituem claramente num matiz do EP, que chamo de matiz da bio-estatística, onde há supressão da discussão tanto do processo saúde – doença, como do próprio homem, dedicando-se as análises a refletir sobre que fórmulas matemáticas permitiriam um resultado mais correto, matematicamente falando, para ser utilizado em investigações epidemiológicas “sine materia”.

Os “pais” orientadores do EP epidemiologia clássica são, majoritariamente, da FSP-USP, e é um dos estilos que tem o maior número de trabalhos produzidos (acima de duzentos) . Tem uma persistência no tempo que, pela análise feita, vem de 1951 até 1993. Os trabalhos do matiz bio-estatística também são da FSP, mas têm uma existência mais recente, de 1972 a 1996¹⁸. Há uma possibilidade de que este matiz venha a se constituir num EP, na medida que fique caracterizado um coletivo de pensamento mais claramente. Para efeito deste trabalho, opto por mantê-lo dentro do EP epidemiologia clássica, porque é instrumento fundamental para o seu desenvolvimento e, embora não explicita, ou

¹⁸ Esta data, 1996, é uma exceção para este trabalho, que em princípio vai até 1993. Na investigação feita na biblioteca da FSP-USP, verifiquei que uma das orientandas de um dos “pais” do matiz- bioestatística, deste EP, Rui Laurenti, havia defendido tese de doutorado neste ano, e seu conteúdo assegurava a continuidade do matiz. Pareceu-me importante analisá-la no conjunto .

justamente pela sua não explicitação, tem seu marco teórico e conceito de saúde compatível com o da epidemiologia clássica.

A partir da década de 80, surge também na ENSP alguma produção científica na área de epidemiologia clássica. Na década de 90, é criado nessa mesma instituição, um departamento denominado de Grandes Endemias, que se caracteriza por realizar investigações epidemiológicas no mesmo EP da epidemiologia clássica. O surgimento deste EP na ENSP, de forma tardia, em relação a outros EPs típicos da Escola, e similar ao da FSP-USP, parece coincidir com a ascensão do Movimento Sanitário a cargos de poder, com a chamada Nova República e da necessidade de administrá-los. A criação do departamento, corresponde, também, em termos de correlação estrutural, com “a queda do muro” e como o “fim das utopias”, e a conseqüente diminuição do ímpeto explicativo marxista dentro da própria ENSP.

Este EP, além de ser o que tem maior número de trabalhos entre os setenta e dois analisados, é também o que tem o maior número de “pais”.

As características básicas deste EP já estão assentadas, mas cabe frisar em quais outras ciências este estilo “bebe”: as já referenciadas como pilares (estatística, ciências sociais e biologia humana) e, além delas, geografia e zoologia estão quase sempre presentes. Nas ciências sociais, a ênfase é dada à antropologia e à sociologia não marxista.

As pesquisas envolvem sempre uma pesquisa de campo, seguida em grande parte das vezes por análises de laboratório. São sempre acompanhadas de tratamento matemático dos dados para dar “significância” ao dado empírico, que aparece como “verdade”.

Embora a FSP-USP tenha um departamento específico com o nome de Epidemiologia, encontrei produção científica neste EP, em todos os seus departamentos. Na ENSP, até o período analisado, encontrei somente um “pai”, Euclides Ayres Castilhos. Selecionei, para efeito de melhor caracterização do EP, nove trabalhos científicos. Incluí na tabela a seguir o nome dos “pais” iniciais, com sua “descendência”, com um resumo da idéia de seu trabalho, sua qualificação acadêmica e o ano da produção. Só consta o nome do trabalho e a qualificação

naqueles trabalhos que analiso. Aqueles em que consta somente o nome do produtor do trabalho não serão utilizados para a caracterização do EP.

Tabela 4- Produção Científica Analisada no EP Epidemiologia Clássica

| Origem | Pai (Assunto-Tipo de Trabalho, Ano) | Filho (Assunto-Tipo de Trabalho, Ano) | Neto (Assunto-Tipo de Trabalho, Ano) |
|--------|--|--|---|
| FSP | Yaro Gandra 1- Teor de flúor de águas – Livre-docência, 1951 2- Estudo do bócio endêmico - Cátedra, 1964 | Maria José Roncada Níveis séricos de Vit. A – Doutorado, 1972 | — — |
| | Cândido Camargo | Jair Lício dos Santos Tratamento estocástico de tábuas de sobrevivência – Doutorado, 1972 | Maria Regina Cardoso Estimação da cobertura vacinal – Mestrado, 1990 |
| | Pedro Almeida | Néia Schorr Aborto: problema de saúde pública – Doutorado, 1984 | Maria G. P. Gonzalez Morell Mortalidade intra-uterina – Mestrado, 1992 |
| | Rui Laurenti Causas múltiplas de morte – Livre-Docência, 1973 | Maria Lúcia Lebrão | Maria do Rosário Latorre Estatística em análise de sobrevivência – Doutorado, 1996 |
| ENSP | Carlos Ayres Castilho | Paulo Sabroza Fator de risco em Leishmaniose – Mestrado, 1981 | |

Neste EP, optei pela apresentação tabular para evidenciar, a vinculação de orientador para as “gerações descendentes”, que em outros EPs também foi adotada enquanto construção do instrumento de investigação, mas em quase nenhum deles foi tão rica quanto neste.

Para iniciar a caracterização das T e D deste EP, exemplifico com Yaro Gandra do Departamento de Nutrição da FSP, que defende tese de Livre-Docência em 1951, com o título de: *Contribuição para o conhecimento do teor de flúor de águas do Estado de São Paulo. Significação sanitária do problema;* e tese de

Cátedra em 1964, com o título de: *Contribuição para o estudo do bócio endêmico no Estado de São Paulo.*

Em sua tese de 1951, com quarenta e nove páginas (das quais onze com tabelas e cento e quarenta e oito indicações bibliográficas sobre flúor), afirma que: *...todos os povos, independentemente da condição sócio- econômica e educacional possuem cáries...* (p. 22)

...as endemias de bócio diferem umas das outras por vários aspectos...além da deficiência de Iodo, outros fatores mesológicos ou, ainda, intrínsecos ao indivíduo...emprestando características peculiares a cada zona bocígena...(p. 8)

Financiado para sua pesquisa de 1964 pela Kellogg Foundation, agradece ainda ao National Institute of Health dos EUA, pela oferta do equipamento utilizado para os exames de laboratório. Portanto, não é de surpreender que sejam louvados os aparelhos de técnicas radioiodométricas e cromatográficas como sendo de excelência para melhores diagnósticos. Coincidentemente ou não, é justamente em 1964 que se dá o golpe militar no Brasil, assegurando a expansão do Complexo Médico- Industrial e, dentro deste, os produtores de equipamentos beneficiam-se em especial(Da Ros, 1991).

Maria José Roncada, “filha” de Yaro Gandra, defende seu doutorado em 1972, com o título de : *Níveis séricos de Vitamina A e Caroteno nos migrantes em trânsito pela Central de triagem e encaminhamento, na capital do Estado de São Paulo.* Neste trabalho, além de eludir a determinação social do processo saúde, coloca seu trabalho a serviço do governo : *... É de grande importância para o governo, saber como o regime alimentar interfere... em última análise na produtividade da Nação... O desenvolvimento do Brasil ocorre diferentemente nas regiões ...por causa de algumas diferenças ecológicas...*(p. 3)

...os constantes deslocamentos de migrantes...via de regra...por antecedentes culturais aliados a imperativos de natureza psicológica...(p. 4)

...Durante ...o período...estudamos 1097 indivíduos (a amostragem)...com coleta de sangue...método bioquímico (p. 7 19)

Em suas conclusões, chega à seguinte afirmação... *A hipovitaminose é um problema menos grave nos indivíduos procedentes da Região Sul...* (p. 56). Como se vê, contrastando com o EP epidemiologia crítica, as conclusões apontam uma doença carencial como dependente da situação cultural, psicológica e geográfica, em nenhum momento citando o que seria a determinação da questão econômico- social.

Surge, no trabalho desses dois pesquisadores, a questão do laboratório como um meio importante dentro do EP, com a ciência correlata da bioquímica.

Cândido Camargo (cuja produção científica não consta nos catálogos da FSP-USP), orienta três doutores e dois mestres. Um desses doutores, Jair Lício dos Santos, converte-se em um grande "pai" do EP com o matiz da Bioestatística. Sua tese, em 1972, tem o título de : *Contribuição para o tratamento estocástico de tábuas de sobrevivência e suas aplicações*. É essencialmente uma tese de matemática. Na sua introdução, relata a importância que tal pesquisa possa ter para a epidemiologia. Depois da introdução, seus capítulos, inclusive as conclusões, são deduções, demonstrações e comparações entre fórmulas matemáticas, desaparecendo qualquer alusão a fenômeno social ou biológico, ficando assentada sobre somente um dos pilares da epidemiologia clássica- a estatística.

Lício orientou três doutorandos e cinco mestrados no período analisado. Um de seus últimos "filhos" , Maria Regina Cardoso , mestrado em 1990, intitula sua dissertação de : *Comparação entre três métodos de amostragem que visam a estimação da cobertura vacinal*. Sua dissertação tem trinta e duas páginas e é de um estudo comparativo entre três populações hipotéticas, através de simulação em computador, para verificar qual o melhor método de cobertura vacinal, matematicamente falando. Afirma na primeira página, a vinculação de seu trabalho com a epidemiologia e, depois , ao longo do mesmo, não existe mais evento sanitário.

Os termos utilizados por Jair Lício e por Maria Regina do coletivo produtor de conhecimentos (círculo esotérico) da bioestatística caracterizam claramente o que Fleck denomina de linguagem para "iniciados" : Teste de hipótese, variáveis aleatórias, variâncias, coeficientes, assintoticamente normais, valores determinísticos, tratamento estocástico, processo probabilístico, esperanças de L

, momento $S_{nx \times xy}$, erro quadrático médio, equiprobabilístico, vício $\text{®} = E \text{®} - R$, subamostra, probabilidade PPT.

São, portanto, pesquisas só quantitativas, sem laboratório, sem seres humanos concretos. O conceito de mundo e de saúde é inferido como redutível à matemática e as investigações são multifatoriais, determinando a variação biológica pelos cálculos realizados.

Pedro Marcondes de Almeida (cuja produção não foi localizada pelos catálogos da FSP) orienta sete doutores e cinco mestres entre 1979 e 1984 (o período em que aparecem seus orientandos). Um de seus "filhos", Néia Schorr, defende seu doutorado em 1984 com a tese: *Aborto como questão de Saúde Pública- estudo de demanda de mulheres que recorreram ao hospital por complicações do aborto* e orienta dois doutores e dois mestres no período estudado. Além do trabalho de Schorr, selecionei o último orientado por ela para verificar a persistência no tempo: Maria G. Gonzales Perez Morell, mestrado em 92, *Estudo da mortalidade intra-uterina em São Paulo*.

Néia Schorr, em seu trabalho, considera a forma como se organiza a sociedade uma variável importante. Ou seja, retoma um dos pilares da epidemiologia clássica, pois para este EP, a sociedade e a forma como ela se organiza são variáveis da multicausalidade e não determinação, como será analisado no EP epidemiologia crítica, a seguir. Sua linguagem, embora inclua a terminologia matemática, passa por história, antropologia, obstetrícia, fisiologia humana e biologia em geral. Sua orientanda, Maria G.P.G. Morell, mantém a mesma lógica quando afirma, já no resumo, que: *...as relações entre fatores biológicos e sócio-demográficos...que a mortalidade materna tem correlação positiva com cor, idade, instrução, ordem de gestação...*, sem correlacionar estas variáveis com a organização social e econômica, ou seja, mantendo as características da multicausalidade seguida por seu orientador e do uso da estatística para a correlação de variáveis, permanecendo em sintonia com o EP Epidemiologia clássica.

Rui Laurenti, tese de Livre-Docência em 1973, com o título de: *Causas múltiplas de morte*, é dos orientadores mais prolíficos da FSP-USP. São nove teses e dez dissertações no período estudado. Seus "filhos" e "netos" seguem claramente o

seu EP, matiz da bioestatística, caracterizando, junto com os demais orientadores, um forte coletivo de pensamento e uma persistência no tempo, que levam alguns autores a afirmar que a epidemiologia é a própria saúde pública (Barbosa, 1967). Afirma, *...a utilização dos registros de morte, para alguns tipos de investigação, levou aquela especialidade a se constituir numa ciência quantitativa...* (p. 2), caracterizando seu enfoque dentro da epidemiologia. Uma de suas orientandas, Maria Lúcia Lebrão, orienta dois mestres. Um deles é Maria do Rosário Latorre, que defende sua dissertação em 1992 e faz seu doutorado em 1996 (selecionei esta tese como exceção- ver pé de página n. 20) com o título de : *Comparação entre alguns métodos estatísticos em análise de sobrevivência: aplicação em uma coorte de pacientes com câncer de pênis*. Nesta tese, Maria Latorre afirma: *...Para atender os objetivos da epidemiologia pode-se trabalhar com modelos que tentem reproduzir fatos reais, procurando descrever determinada doença...através de fórmulas matemáticas...com o surgimento do computador...a metodologia quantitativa pode ser melhor utilizada...possível dar maior liberdade às "fantasias matemáticas"...*(p. 2) ... o mecanismo biológico da doença pode ser melhor descrito através de fórmulas matemáticas...(p. 4).

A terminologia utilizada é semelhante à de Jair Lício e seus "filhos": estudo de coorte, estocásticos, análise de sobrevivência, medidas de tendência central e dispersão, modelos matemáticos determinísticos, variável dependente, modelos de risco de Cox; confirmando a existência do matiz bioestatística dentro deste EP. Os campos de conhecimento correlatos são: matemática, informática, biologia e o do evento sanitário investigado, no caso desta última, oncologia, e não há, definitivamente, nem como variável, uma análise social .

O representante da ENSP, selecionado para ser incluído dentro deste EP, é Paulo Chagastelles Sabroza, orientando de Euclides Ayres de Castilho, que defendeu sua dissertação em 1981, com o título de : *O domicílio como fator de risco na leishmaniose tegumentar americana* . Sua dissertação lembra o EP biologia de vetores, porém a ênfase é em fatores de risco para os humanos, estudando o evento sanitário e não o inseto, fazendo, portanto, uma análise multivariada.... *O acúmulo de evidências empíricas, tem sido o procedimento adequado para a compreensão*

do processo gerador das doenças infecciosas... (p. 6), desta forma parecendo enfatizar que a "verdade" legitima-se a partir do empírico, característica típica de todo este EP. Paulo Sabroza é um dos criadores do Departamento de Grandes Endemias na ENSP, na década de 90 (do qual não examinei nenhuma T ou D, por ainda não existirem, no período analisado). Sua terminologia caracteriza dois dos pilares da epidemiologia: a estatística e a biologia. Com todos os riscos que advém de analisar um EP a partir apenas do que aparece como escrito, sem investigar a prática, neste caso também parece que o social é apenas uma variável estatística, como as demais.

Portanto, o EP tem um conceito de saúde visivelmente multicausal, com ênfases diferenciadas nesta multicausalidade em relação ao biológico, às vezes como uma variável, às vezes como o objetivo a ser "demonstrado".

IV.1.3.3 Epidemiologia Crítica

Enquanto proto- idéia, podemos vincular as concepções do EP epidemiologia crítica às idéias defendidas pelo movimento de medicina social europeu que, por sua vez, era ligado aos movimentos revolucionários de tentativa de construção de socialismo em diversos países da Europa entre 1830- 1850. O termo medicina social é cunhado por um dos médicos franceses envolvidos na proposta de transformação social, Jules Guérin, em 1838. A fundamentação básica deste movimento era de que a determinação das doenças era social, e que competia ao Estado assegurar condições de vida e saúde para suas populações(Almeida Filho, 1994; Rosen, 1994; Nunes, 1985). Um dos trabalhos científicos pioneiros e que ainda hoje servem de modelo de investigação em medicina social (embora não fosse da área), mostrando o quanto existe de desgaste e conseqüentemente doença e morte, da classe trabalhadora, sob a exploração capitalista, é o de Engels, com seu livro – *As Condições da Classe Trabalhadora na Inglaterra em 1844*, talvez o primeiro texto analítico de epidemiologia crítica (Almeida Filho, 1994).

Com a repressão aos movimentos de transformação e o desenvolvimento da bacteriologia, a idéia de conectar o processo saúde – doença à forma com que se organiza a sociedade, determinada em última análise pela estrutura econômica, fica adormecida por quase cem anos (Breilh, 1986).

É somente a partir da década de 30 que, a partir da insuficiência explicativa da teoria unicausal, surgem duas vertentes diferentes para entender os processos patológicos: a da história natural das doenças, analisada no EP-epidemiologia clássica, e uma outra forma, sintetizada pelos estudos de Sigerist, Tern e Terris (Breilh, 1986; Nunes, 1985). Esta vertente, segundo os autores, desfere golpes de envergadura contra a influência, até então monolítica, da corrente positivista.

Segundo Breilh,... o processo histórico das sociedades estruturadas em torno da propriedade privada e de uma crescente concentração da riqueza social desvendou incongruências e diferenças abismais na distribuição das condições sociais frente aos problemas de saúde. Mas estas inquietações se projetaram em duas direções contraditórias: uma linha científico-social e uma linha neopositivista...(p. 10)

Ainda segundo este autor, a linha neopositivista cristaliza-se a partir da década de 60, com a teoria da história natural das doenças e com o chamado modelo da tríade ecológica de Leavell e Clark, plasmados na multicausalidade, onde o social é uma variável a ser examinada (Breilh, 1986). A outra vertente, onde inclusive este autor se enquadra, a científico-social, parte do princípio de que existe uma determinação social do processo saúde- doença.

Esta vertente desenvolve-se mais fortemente na América Latina a partir da década de 70. Os maiores centros de desenvolvimento deste tipo de pensar sobre a saúde são a UAM- Xochimilco (México), o CEAS (Equador), e a ENSP(Rio de Janeiro- Brasil). Isto fica marcado na ENSP, a partir de 1976, com o financiamento da FINEP para o desenvolvimento da área de Saúde Coletiva.

No início da década de 80, a epidemiologia que aplicava esta lógica, de base marxista era denominada de epidemiologia social. Com os diversos questionamentos a respeito deste nome, em função do nome- epidemiologia-

etmológicamente, já contemplar o coletivo e também, e, principalmente, em função da apropriação deste nome por escolas de epidemiologia comprometidas com investigação de estilo de vida/ hábitos / costumes, os investigadores de base marxista adotaram o nome de epidemiologia crítica (Nunes, 1985; Almeida Filho, 1994). É daí que busco o nome para este EP.

A adoção do referencial teórico marxista para investigações epidemiológicas, com a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, tornou este estilo de investigação incongruente com o da epidemiologia clássica, de base positivista, pois dentro dele existem alguns enfoques particulares : ênfase no entendimento das condições de reprodução da força de trabalho; nas condições do processo de trabalho; em como o capitalismo, enquanto processo econômico e social determina as doenças (Testa, 1989).

Na ENSP-FIOCRUZ , a adoção do financiamento da FINEP para o desenvolvimento da área de saúde coletiva e a situação pela qual passava o Brasil, refletiram-se na área de epidemiologia, possibilitando o desenvolvimento do EP epidemiologia crítica, que começa a produzir dissertações e teses no início de 80.

O grande "pai" deste EP, na ENSP, é Ana Testa Tambellini(cuja tese não foi defendida na ENSP, e, portanto, desconheço seu teor). Como todos os grandes "pais" da ENSP, não localizamos na própria Instituição a sua formação, mas sabemos que não foi na FSP-USP. É pelos seus orientandos que inferimos a sua vinculação a um coletivo/ estilo de pensamento.

Os trabalhos que Ana Tambellini orientou estão dentro de um olhar peculiar, com a intenção de explicar o funcionamento da sociedade capitalista, enquanto produtora de doenças na classe trabalhadora, especialmente na exploração da força de trabalho.

A produção de seus orientandos eclode, simultaneamente, com o ocaso do governo militar brasileiro e coincide com a ascensão do movimento sanitário a cargos do governo da chamada Nova República.

Chama a atenção o fato de que a forma como se dá a relação dos trabalhadores numa fábrica seja enfocada na FSP-USP como um problema do EP-Planejamento normativo, portanto, na área de administração; e na ENSP esteja

localizada como um problema da epidemiologia. Desta maneira, a forma de abordar a saúde do trabalhador traz uma impossibilidade de comunicação, ou na expressão de Fleck, uma incongruência, não só com a epidemiologia clássica, mas também com o matiz- saúde ocupacional- do EP planejamento normativo da FSP.

O EP- Epidemiologia crítica – tem uma persistência no tempo, pelo menos de 1980 a 1992. Tornar- se-á necessário investigar, após este período, para saber se a diminuição do ímpeto investigativo de base marxista, com a escalada neoliberal (Burlandy,1998; Ribeiro, 1993), não tornou este EP um daqueles que se mantém por um determinado tempo, e cai em desuso (Fleck), vindo a tornar-se uma proto-idéia para outros momentos históricos, ou se fica definitivamente sepultado por sua não adequação.

Selecionei duas dissertações para caracterizar o EP, ambas orientadas por Ana Tambellini: *Frutos anônimos da exploração: o caso dos acidentes e intoxicações dos trabalhadores do abacaxi em Sapé- Paraíba*, de Elizabeth Moreira Santos, mestrado em 1985; e *As Marmitas da Pobreza- um estudo de caso com trabalhadores da construção civil*, de Agnes Bueno Pinheiro, mestrado em 1987. Há diversas características comuns entre elas, a começar pelos agradecimentos, onde ambas criticam a política de financiamento de pesquisas no Brasil. Na dissertação de Elizabeth Santos, aparece nos agradecimentos, a origem da formação de sua orientadora, Ana Tambellini, na Residência de Medicina Preventiva da Unicamp e, em 1975, com a repressão política, sua migração para a ENSP.

Já pelo índice de seu trabalho, Santos demonstra a lógica deste EP. No capítulo III, com seus subtítulos, temos o seguinte: *Modo de produção e doença- subtítulos- A formação da população sob o capital-a questão da reprodução da força de trabalho; A reprodução da força de trabalho ea doença. Cap.IV- O processo concreto de exploração; Cap. V- Os frutos anônimos da exploração- os acidentes, as intoxicações e o sindicato.*

Coloca a incongruência com a epidemiologia clássica nos seguintes termos: *...questionamento dos estudos epidemiológicos clássicos existentes sobre acidentes, para dar uma nova dimensão aos acidentes de trabalho (p. 10)...*

...pretendendo compreender o processo de produção de doença...rompendo a ilusão com seu jogo de aparências, penetrando em sua conexão com a totalidade...buscando descobrir a historicidade dos processos biológicos em sua determinação particular...(p. 14)

Santos, desta forma, pretende com seu marco teórico, apontar para uma concepção que dê conta da totalidade, no caso, o materialismo histórico, questionando a lógica positivista da epidemiologia clássica e, por isto, incongruente em relação àquela

Agnes Bueno Pinheiro tem o mesmo referencial teórico, a mesma concepção da determinação social do processo saúde-doença e a mesma lógica para entender como é gerada a doença no modo de produção capitalista, numa situação particular. Afirma que... *a concepção política e ideológica de que a hierarquização da sociedade em classes é determinante do estado nutricional da população brasileira...*(p. 2), e que *...a desnutrição proteico-calórica como expressão biológica do fenômeno social da fome é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, mundialmente...*(p. 24)

A terminologia utilizada ou a linguagem característica é uma mescla de terminologia marxista, com a biologia e a estatística, mantendo, assim, os pilares da epidemiologia: relação capital constante/ capital variável, mercadoria que se realiza, subsumição, população excedente, fetichismo da mercadoria, valor, totalidade social, classe trabalhadora, manutenção da força de trabalho espoliada, condições sociais e ideológicas, sociedade concreta, saúde como síntese do conjunto de determinações, estrutura de produção, alterações fisiológicas, acidentes de trabalho, variáveis, significância...

A bibliografia de ambas passa pelos autores do movimento sanitário, por Marx, Engels, Lenin, Gramsci e pela produção científica dos autores latino-americanos da epidemiologia crítica: Breilh, 1986; Agudelo, 1992; Asa Cristina Laurell, 1994.

As ciências correlatas utilizadas para a construção do EP são: História, Economia, Filosofia, Sociologia, Antropologia, Política, e secundariamente, Estatística e Biologia Humana.

IV.1.3.4 Medicina Preventiva

Enquanto conceito, a história da medicina preventiva remonta à Grécia de Hipócrates, com seus preceitos de higiene e de cuidados para evitar as doenças. Enquanto marco da chamada medicina moderna seus preceitos ideológicos podem ser localizados nos princípios da era bacteriológica. Com a ligação estabelecida entre processo patológico e um agente causal, a bactéria, a saúde/doença passa a ser entendida como estritamente vinculada a uma causa. Isto fortaleceu a busca deste agente, nos indivíduos e nos órgãos. Este raciocínio mantém-se como fonte segura para o raciocínio dos profissionais de saúde, que vivenciavam uma época de grandes epidemias de doenças infecciosas, porém não explicava outros tipos de patologia, como as carenciais, as congênitas, as emocionais, ou as crônico-degenerativas.

É somente em 1936 que John Ryle sistematiza a chamada História Natural das Doenças¹⁹, que vem a se tornar o principal fundamento técnico da medicina preventiva (Almeida Filho, 1994). O desenvolvimento deste fundamento acontece especialmente nos EUA durante e imediatamente após a II Guerra Mundial. É expandido para os países hegemônicos pelo modelo americano, como estratégia para colaborar com a organização das comunidades – no contexto de evitar a possibilidade de expansão do socialismo (Pereira, 1993).

As ciências da saúde evoluem da uni para a multicausalidade. Fica também cada vez mais marcada a dicotomia entre saúde pública e prática médica. A primeira, voltada para o encaminhamento de soluções para problemas coletivos e a segunda, voltada para a prática individual. Desta forma este EP tem uma história comum com a da Epidemiologia Clássica, porém assume características próprias,

¹⁹ Nome dado ao 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 patológico no meio ambiente, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que causam invalidez, recuperação ou morte (Rouquayrol, 1994)

utilizando-se da epidemiologia, mas voltando-se para a prática individualizada. A tal ponto é colocada como responsabilidade individual, que a medicina preventiva está incluída na Constituição norte-americana, com o conceito de responsabilidade individual pela promoção e proteção de sua saúde (Ornellas, 1981), e por isto, embora não incongruente com a Epidemiologia Clássica, assume algumas peculiaridades, que a caracteriza como um EP próprio. Em um artigo publicado na Revista Brasileira de História da Ciência, em 1993, Kenneth R. de Camargo Jr. fala-nos da relação de origem e que, de certa forma, ainda permanece entre estes dois EPs:

...a doença é uma construção teórica para desempenhar papel fundamental da racionalidade em medicina... existe uma relação de fecundação cruzada entre epidemiologia e clínica. Uma empresta à outra os objetos fundamentais de estudo...a epidemiologia se apropria das descrições clínicas como se naturais fossem; a clínica por sua vez, adota as asserções epidemiológicas como aspectos naturais de suas doenças, havendo um duplo escamoteamento do processo de criação dos objetos de estudo e das implicações teóricas, metodológicas e práticas decorrentes desta definição... (p. 31)

O EP – Medicina Preventiva- tem, portanto, um forte componente de investigação baseado na epidemiologia clássica multicausal, mas preserva um conteúdo a ser utilizado na prática individual que baliza a atenção médica. Esta atenção guarda princípios da lógica higienista, que *...traz para o indivíduo a questão da determinação saúde/ doença, retirando o foco da atenção das reflexões sobre políticas sociais e condições de vida e de trabalho da população ... Os higienistas relacionavam os problemas de saúde à ignorância dos indivíduos em relação às normas de higiene... (Pereira, p. 21)*

Assim, este EP tem em sua aplicabilidade um forte conteúdo de educação a ser prestada pelo médico a seu paciente individual, ou até mesmo para grupo de pessoas, mas em sintonia com a lógica do EP – Educação Sanitária (IV.1.2.1).

Um achado epidemiológico, transportado para a prática da medicina preventiva, com este componente de “culpar os indivíduos” por seu processo

patológico, acaba elegendo, dentro da multicausalidade, um dos fatores como o mais importante, reproduzindo o modelo unicausal.

Como exemplo disto podemos pensar em como está impregnada no senso comum e na mídia esta lógica, com uma associação de idéias a respeito de algumas patologias: Infarto = comer gordura; câncer de pulmão = cigarro; cirrose = bebida alcoólica, etc... A proposta de discussão sobre estilos de vida, recentemente incluída como uma das possibilidades para o médico clínico trabalhar em promoção à saúde (Ministério da Saúde, 1996), pode acentuar esta concepção. A OPAS, em sua publicação denominada *-O biológico e o social-* (1994), discute em diversos capítulos a forma como a concepção multicausal continua reduzida ao biológico.

Entre os setenta e dois trabalhos analisados, três deles permitiram caracterizar este EP. Numa nova consulta aos resumos dos outros quase oitocentos trabalhos do universo pesquisado, mesmo sendo de difícil discriminação sobre se pertenceriam ao EP- epidemiologia clássica ou ao de medicina preventiva, foi possível inferir que os trabalhos caracterizados como Medicina Preventiva, ultrapassavam uma vintena, a maioria delas na FSP-USP, mas surgindo na também na ENSP, especialmente a partir da década de 80, quando diminui o ímpeto do marco teórico da saúde coletiva. O EP mantém-se desde 1948 até os dias de hoje.

A primeira tese defendida (Livre - Docência) em SPB no Brasil foi a de Diógenes Certain, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública – USP (naquele momento, SPB confundia-se com higiene), em 1948, e enquadra-se neste EP. Tem elementos que, à luz do conhecimento científico atual, apresentam-se como ultrapassados e preconceituosos (ver EP- Saúde e populações discriminadas), mas fizeram história. O título de sua tese era: *Da atuação do dispensário de tuberculose da "Faculdade de Higiene e Saúde Pública" sobre o grupo etário 0-2 anos, desde 1938 a dezembro de 1947. (10 anos) . Estudo Social das 241 famílias do grupo 0-1 ano. Nela, ele afirma: ... os elementos de cor têm predileção por habitarem cortiços...* (p. 100) e na p. 126 afirma que

... o que existe de mais importante para atacar o problema da tuberculose é a abreugrafia...²⁰ Sua pesquisa estava adaptada àquele momento histórico. Mas o que caracterizou sua pesquisa como vinculada a o EP é a sua afirmação na p. 101, de que seu processo de investigação...*tem a intenção de orientar os procedimentos médicos, para que estes saibam o que fazer para evitar a proliferação da doença quando atendendo um paciente doente da tuberculose...educando-os para hábitos de higiene, exames periódicos, habitação saudável, alimentação adequada, e que as pessoas devam ter vergonha da existência da doença...*

Na época da defesa de sua tese, nos EUA desenvolvia-se o movimento preventivista que, a partir de informações estatístico – epidemiológicas, empreendia ações de educação sanitária individual para populações de baixa renda.

Januário de Andrade, defende sua tese de doutoramento na FSP-USP, em 1981, com o título: *A doença reumática no ciclo gravídico- puerperal*. Utiliza-se de uma linguagem acessível somente a médicos da área de cirurgia cardíaca em seu trabalho de pesquisa: ... *A divisão de grupo para a pesquisa foi: Grupo I- pacientes com comissurotomia valvar. Grupo II- com implante prótese-valvar-metálico tipo Starr-Edwards. Grupo III- com implante de prótese biológica de dura-máter...* (p. xxi) Os seus resultados apontam para a necessidade de um ...*programa educativo e uma assistência médica correta... reduzir as taxas de mortalidade materna e do concepto...* (p. 49)

Marina Wagner Osanai, em sua dissertação de mestrado, 1984, ENSP-FIOCRUZ, com o título: *Fatores de risco de câncer de mama em pacientes do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro- 1976- 1977*, ilustra o EP...*a população de alto risco para câncer de mama, como ...de raça branca, alto nível sócio- econômico, mulheres nulíparas em locais onde a taxa de fecundidade é baixa e hábitos de lactação pouco comuns...observação paralela em camundongos mostra*

²⁰ Hoje, conhecemos que este exame apresenta alta taxa de radiação para os pacientes, dá pouca visibilidade para as lesões pulmonares e não é um bom instrumento de rastreamento, além de defender a lógica do Complexo Médico- Industrial, não obstante tivesse desempenhado um papel importante no período da pesquisa realizada por Certain.

predisposição familiar...hoje sabe-se que relaciona-se ...com estreita dependência hormonal da doença...havendo um efeito protetor de uma primeira gestação em idade jovem (p. 12). Aponta, ainda, que estes achados podem colaborar com o raciocínio clínico dos médicos.

As ciências correlatas para o desenvolvimento deste EP são as mesmas da epidemiologia clássica: estatística, biologia, sociologia (em suas vertentes não marxistas) e antropologia; acrescidas de um forte componente de educação (em sintonia com o EP – Educação Sanitária); e de um componente clínico, que envolve fisiologia humana, genética e bioquímica .

A bibliografia utilizada é dependente destas ciências, com maior ou menor ênfase na literatura clínica e patológica.

O vocabulário utilizado inclui sempre pelo menos os seguintes termos: patologia, higiene, cuidados individuais, educação, evitar a doença e achados epidemiológicos.

IV.1.4 Estudos Emergentes

IV.1.4.1 Saúde e Segmentos Sociais Discriminados

Começo a discussão sobre este EP justamente pelo título. Existe um agrupamento de teses e dissertações dentro da ENSP relacionados à macro-tendência- Saúde Coletiva, que abordam estudos, cujo alvo são grupos populacionais particulares, que sofrem agressão/ preconceito/ discriminação pela sociedade contemporânea. A forma de abordagem, se não abandona a sociologia marxista tradicional, enfatiza/ propõe-se a estudar a sociologia na qual a divisão da sociedade dá-se entre discriminadores x discriminados, independente da inserção econômica-não mais a divisão por classe social. A concepção de saúde é de determinação social do processo saúde- doença, mas esta determinação não localiza mais como objeto de análise a sociedade capitalista e sim os fenômenos

culturais da sociedade atual. As ciências correlatas não são mais a economia, a história, ou a política. Passa a ser dominante a análise com instrumentos derivados da antropologia, da psicologia, da sociologia de pequenos grupos, da filosofia e da educação.

A partir dessa base como conceito teórico, as investigações analisam a situação de negros, homossexuais, índios, mulheres, segmentos populacionais não hegemônicos, transitando por diversos EPs simultaneamente, ou melhor, nas teses e dissertações examinadas, encontram-se conteúdos de: planejamento, tanto estratégico como normativo, epidemiologia (um equilíbrio entre a clássica e a crítica), educação, mas claramente em saúde (há um respeito muito grande aos atores sociais), utiliza a estatística, mas as pesquisas têm sempre uma duplicidade entre o quali e o quantitativo. A relação entre pesquisador e pesquisado é biunívoca.

O processo que deu origem à caracterização desse EP, tem uma história diferente dos demais. Entre os setenta e dois trabalhos pré-selecionados, encontrei três trabalhos da ENSP, que não se enquadravam nos outros EPs, em função do aparente ecletismo em relação aos estilos já caracterizados. Havia aquele "algo em comum" nas três dissertações, que servia de sinal de alerta para o investigador. A produção delas era recente, 93-94, e tratavam de grupos populacionais.

Foi revisitando os resumos que notei pelo menos mais cinco dissertações com temática semelhante, todas de 1990 em diante.

Se as análises de Burlandy(1998) e Ribeiro(1991) são procedentes, o período de aparecimento destes trabalhos corresponde à "queda do muro" , ao "triunfo" do neoliberalismo, ao "fim das utopias" socialistas de transformação da sociedade e marca um EP nascente com outro marco teórico, que permite pensar no pós- modernismo, com ênfase principalmente nos aspectos culturais e na subjetividade. E já existe enquanto um coletivo de pensamento, cabendo verificar, após o período analisado, se ele se mantém. A inferência é de que sim.

A questão que se colocava era a de que, se se diluissem essas dissertações como variações ou matizes de outros EPs , ficariam perdidas essas características, até porque as mesmas não poderiam ser enquadradas em um EP só,

e sim nos de Planejamento, Epidemiologia ou Educação. Daí a opção em marcá-las como um EP exclusivo.

Há uma terminologia utilizada nas três dissertações examinadas que é peculiar deste EP(mesmo tendo sido de dois orientadores diferentes), ao mesmo tempo que se utiliza da terminologia de outros EPs, caracterizando, nesta aparente mistura, a linguagem específica típica (Fleck, 1986): construção da identidade cultural, preconceito, discriminação, liberdade para a singularidade, exclusão de direitos, inferioridade perante a sociedade, tendências homogeneizantes da sociedade contemporânea, ecossistemas, relações desiguais, descompromisso do Estado, coerção/ repressão, universos significantes, e etno-história; ao mesmo tempo que falam do planejamento, estatística, biologia humana, epidemiologia e educação.

Os conteúdos que prevalecem nas conclusões são os achados epidemiológicos marcantes para o segmento populacional estudado, com uma carga forte de denúncia pelo preconceito social existente na sociedade.

Silvana Blanco Pose, orientanda de mestrado de Carlos Coimbra Jr., defende sua tese em 1993, na ENSP, com o título: *Avaliação das condições de saúde bucal dos índios Xavante do Brasil Central*. No seu conteúdo estão presentes os aspectos assinalados acima, mas alguns trechos podem caracterizar melhor o seu pensamento:

...O caminho da aculturação é, na maioria das vezes, de caráter violento, ocorrendo a perda da identidade cultural e com uma tendência a homogeneização. Esta, no entanto, acontece devido ao efeito isolador produzido pelo preconceito racial e social, que se cristalizou provavelmente como uma forma de competição ideológica, sustentada e mantida como requisito de dominação sobre grupos étnicos minoritários...(p. 3)

...A saúde dos grupos indígenas é definida no contexto histórico e social em que vivem os mesmos, sendo resultante da interação de vários fatores: acesso à posse da terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade; e acesso a serviços de saúde...(p. 152)

...o grupo considerado menos aculturado (Xavante 1) apresentou menores valores de prevalência de cárie do que nos grupos mais aculturados,...evidenciando o caráter mutilante dos serviços odontológicos oferecidos à população...(p. 153)

Em suas conclusões, propõe, entre outras possíveis soluções para o problema...A implementação do SUS via uma municipalização diferenciada... e a formação e o treinamento de agentes de saúde indígena, atuando nas áreas de educação em saúde, prevenção e resolução de situações de emergência...(p. 154)

Na bibliografia utilizada chamam atenção vários títulos de seu orientador, caracterizando a introdução a um EP, e vários livros de sua área específica, a odontologia social.

Outro achado, que é importante assinalar, é a coerência de seu trabalho com algumas das bandeiras do movimento sanitário: SUS, sistema equânime, agentes de saúde...dentro duma lógica de multicausalidade. Portanto, embora tenha características que lembrem tanto a Epidemiologia crítica, como o Planejamento estratégico, sua dissertação tem um recorte e um marco teórico que diferem dos dois EPs citados.

Maria de Lourdes Cavalcanti, orientanda de mestrado de Karen Griffin, defende sua dissertação, em 1994, intitulada: *Concepções de identidade feminina entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em Angra dos Reis*. Algumas de suas afirmações caracterizam a sua inclusão neste EP:

...é o território da maternidade/ reprodução social que legitima a atuação feminina, acarretando na sobrecarga da dupla jornada de trabalho, especialmente nas classes populares...

...Tradicionalmente a sexualidade feminina é reprimida em contraposição à virilidade masculina, valorizada e estimulada socialmente. Para mulher o sexo é justificado através da vinculação à reprodução...(P. 1)

...Atualmente a esterilização feminina é o método contraceptivo mais utilizado no Brasil...Partindo do pressuposto de que, apesar da difusão da ideologia feminista, a reprodução ainda se mantém entre muitos grupos sociais como base da identidade feminina...(p. 2)

...Entretanto as mulheres sempre trabalharam tanto ou mais que os homens. A divisão sexual do trabalho é determinada, mais do que pela fraqueza física, pela fraqueza social das mulheres... Desta ótica, a família e a própria mulher são construções culturais, justificadas ideologicamente pela naturalização e universalização das mesmas... (p. 6)

...a esterilização expressa o desejo por um método contraceptivo eficaz, e é determinada em última instância, mas não só, pela crise econômica... (p. 107)

...É fundamental que as mulheres tenham o direito de se esterilizar ou abortar se quiserem ou julgarem necessário... (p. 108)

...As mulheres recorrem à esterilização mesmo quando têm consciência de que desejariam ter outros filhos em decorrência ...da isenção dos homens...do descompromisso do Estado...pelas precárias condições de vida... (p. 112)

Outro trabalho que marca o EP é da mesma orientadora, Karen Griffin, que orientou Regina Helena Simões Barbosa, investigando AIDS, Gênero e as mulheres de uma comunidade favelada.

Encontramos, ainda, trabalhos orientados por Carlos Minayo e Nilson do Rosario Costa, que integram um conjunto, um CP/ EP, portanto.

Todos os trabalhos têm uma parte de pesquisa de campo que envolve entrevistas com atores sociais, que são trabalhadas quali e quantitativamente. A concepção de saúde é multicausal, mas sem a ênfase biologicista. E a característica mais marcada é o caráter de denúncia, e o grito de libertação para os segmentos sociais discriminados, daí o nome escolhido por mim para este EP.

IV.1.4.2 Epistemologia e Saúde

Estão agrupados neste EP vários trabalhos de reflexão sobre a construção do conhecimento, quer seja de conceitos que envolvem o processo

saúde- doença, como de áreas específicas do campo de conhecimento chamado de Saúde Pública, incluindo dentro dele a macro-tendência chamada de saúde coletiva.

A primeira tese detectada surge em 1989 e, até o período analisado, contabilizei seis teses e dissertações passíveis de constituir um coletivo/ estilo, com características próprias, todas na ENSP, ainda sob a “macro- tendência” da Saúde Coletiva. .

Não são muitas, nem o período de tempo é grande o suficiente para se poder afirmar a persistência no tempo (característica do EP fleckiano), mas a linguagem própria, a concepção de mundo e de Ciência, e a própria metodologia de investigação, diferencia-as dos outros trabalhos examinados e formam um conjunto harmônico. A continuidade de minha investigação nos anos após 1994(uma vez que minha análise incluiu T e D até este ano somente) poderá comprovar se o EP firmou-se enquanto estilo ou se não se manteve no tempo. Optei por enquadrá-lo como estilo de pensamento por essas características marcadas e por entender que este próprio trabalho, nos anos 2000, segue este estilo na área de SPB.

Em 1989, Maria Cecília Minayo defendeu sua tese de doutorado, com o título de : *O Desafio do Conhecimento- metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. Foi orientada por Victor Valla. A partir daí, os dois constituem-se como “pais” deste estilo, orientando a maioria dos trabalhos nesta área. Ambos pertencem ao Departamento de Ciências Sociais e Saúde da ENSP.

A concepção de saúde está inserida no marco da saúde coletiva, assumindo-se a determinação social do processo saúde- doença. Buscam entender historicamente a construção do pensamento na área de saúde pública (coletiva); se existe pesquisa empírica, ela é sempre qualitativa; os campos da ciência correlatos guardam íntima relação com a filosofia e a própria palavra- epistemologia- só surge a partir destes trabalhos científicos. Isto parece demonstrar que a preocupação com a forma como se dá a construção do conhecimento na área de SPB é recente e compatível com o momento histórico e científico pelo qual passa a SPB, redefinindo seus marcos teóricos. Utilizam-se da Sociologia, História, Antropologia, Educação. Praticamente inexistente tratamento biológico ou estatístico nas pesquisas. Em outras

teses da ENSP aparecia fortemente o materialismo histórico. Nestas surge pela primeira vez a preocupação com a dialética, até então omitida.

A bibliografia é particular, com autores que não aparecem em nenhum dos trabalhos investigados anteriormente, próprios da filosofia e da história das ciências: Bachelard, Kuhn, Popper, Morin, Capra, Piaget-Garcia, Bourdieu, além de autores da filosofia, especialmente Habermas.

A terminologia utilizada é uma decorrência/ ou associada à bibliografia pesquisada: hermenêutica, limites do positivismo, a importância da linguagem, o simbólico, episteme, construção do conhecimento, linguística, paradigmas da saúde, cartesianismo.

Em sua tese, Maria Cecília Minayo analisa correntes sociológicas e propõe a utilização do método dialético para a investigação e a construção do conhecimento em saúde. Sistematiza as possibilidades de pesquisas qualitativas na área da saúde; analisa o modelo de saúde hegemônico, vincula-se às lutas pela transformação do modelo de saúde, projetando um outro modelo de sociedade. A partir desses e de outros conceitos defendidos em sua tese, passa a ser referência bibliográfica de todas as outras teses e dissertações neste estilo. Algumas de suas afirmações, desde a introdução, apontam para a construção de um estilo de pensamento(embora não use o termo), que incorpora diversas alternativas (EPs) em saúde:

...Frente à problemática da quantidade e da qualidade, a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo-qualitativo, macro-micro, interioridade e exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas...Demonstra sua superioridade precisamente pela capacidade de incorporar as "verdades parciais" das outras correntes, criticando e negando suas limitações. Percebe a relação inseparável entre mundo natural e social; entre pensamento e base material; entre ser e consciência; entre o ponto de vista do investigador, seu objeto e suas questões; entre a ação do homem como sujeito histórico e as determinações que a condicionam...(p. 9)

...A abordagem dialética... exige do pesquisador uma superação dos instrumentos de pesquisa usualmente empregados pelas correntes compreensivistas ou funcionalistas, e a inclusão dos SIGNIFICADOS na totalidade histórico-estrutural...(p. 10)

Maria Cecília Minayo orienta a dissertação de José F. Uribe Uribe Merino, defendida em 1990, com o título: *A racionalidade da cura- mito e símbolo na terapêutica moderna*, onde questiona o caráter mítico da ciência médica. Compatível com o que defende sua orientadora, tenta usar a dialética para explicar a questão da utilização dos medicamentos pelos médicos que prescrevem, pelos pacientes que consomem, e o uso técnico de um produto industrializado. A partir destas premissas coloca que: *...na crise de um paradigma...tanto o médico como os pacientes são sujeitos sociais...têm uma história, que é a mesma da nossa sociedade...que começa a resgatar a idéia de união ou de continuidade entre o sujeito e o objeto de seu conhecimento...(p. 7)(tradução minha) ...ou seja, há uma crise tanto em termos de sua eficácia como em termos sociais e epistemológicos...(p.8) (tradução minha).*

...Os fundamentos racionais e experimentais, a confiança no progresso ilimitado e um domínio cada vez maior da natureza, postos a serviço do sistema capitalista dominante nas sociedades ocidentais, levaram a crise desta "razão instrumental", como é denominada por Habermas...Não achamos possível pensar a racionalidade científica moderna, simplesmente como um processo ascendente de depuração da ideologia, como não acreditamos que seja viável produzir conhecimentos por fora da própria história. Neste sentido, consideramos válido o questionamento destas verdades absolutas produzidas pela ciência...pois a razão e a verdade não podem ser produto senão de relações consensuais no interior da sociedade e, portanto, não podem ter valores absolutos, sendo apenas temporalmente válidas...(p. 158)(tradução minha).

Torna-se interessante notar que tais preocupações já faziam parte da Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, especialmente de Kramsztyk, no final do século XIX, e venham a ser retomadas cem anos depois. Uribe Merino também participa de uma proposta de transformação do setor saúde, mas acredita que isto só possa se dar no contexto de um grande coletivo que lute pela transformação das

relações sociais. A leitura de sua dissertação lembra, a todo momento, a forma como Fleck caracteriza a construção de um “fato científico” e a introdução a um estilo de pensamento que busca a hegemonia e, embora não seja citado por Uribe Merino, as correlações são notáveis.

Maria C. Minayo orienta ainda o doutorado de Fermin Schramm, que defende sua tese em 1993, intitulada: *A terceira margem da saúde: a ética natural. Complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*. Fermin caracteriza sua tese, já na p.2, como... *discussão dos fundamentos filosófico-epistemológicos no contexto da paradigmatologia das ciências da complexidade...*

Vincula-se também à proposta transformadora na lógica da construção do conhecimento em saúde: *...Em particular, nesta constelação- delineada por um novo quadro epistêmico, uma nova Weltanschauung e um novo Zeitgeist- o conceito de “natureza humana” vem sendo concebido de maneira complexa, no sentido de uma realidade dinâmica, construída histórica e socialmente.*

Em níveis organizacionais interrelacionados e interdefiníveis- que corresponde às possibilidades realizadas pela “segunda natureza” humana: técnica, lógico-linguística- mas inserida num ambiente evolutivo de vínculos naturais, que são do tipo bioecológico, (ainda) constitutivos da “primeira natureza”... (p. 5)

Sua bibliografia passa por quase todos os autores conhecidos da epistemologia moderna, especialmente pelos chamados epistemólogos do complexo; e também por autores como Castoriadis, Foucault e Habermas, além dos autores de pesquisa qualitativa em ciências sociais(inclusive de sua orientadora, Minayo).

Victor Valla, além de orientar a tese de Minayo, orienta outras dentro deste EP. É o caso de Patrícia Ribeiro, mestrado em 1991, que ele co-orienta, junto com Nilson do Rosário Costa, com a dissertação: *A instituição do campo científico de saúde coletiva no Brasil*, extensamente utilizada como referência para minha própria tese. Em seu trabalho, Ribeiro, além de localizar historicamente esta macro-área, de onde surgem diversos EPs já analisados nos tópicos anteriores, analisa também a questão bidimensional dos militantes do Movimento Sanitário, repartidos entre a militância e a construção do conhecimento dentro da “academia”. Relata como nasce

e se processa a construção do conhecimento na área de saúde coletiva e porque isto ocorreu com maior intensidade(quase exclusividade) na ENSP.

Sua contribuição para o entendimento da origem de alguns EPs em saúde pública (em particular os da área de saúde coletiva) é inestimável. Traz ainda como conteúdo, a verificação dos avanços que tal conhecimento propiciou, mas também mostra os limites do mesmo. Alguns trechos de sua dissertação dão idéia da importância da mesma para desvelar os EPs e como referencial de conclusão para minha própria tese:

...Como vimos, concorreram para a institucionalização desse campo, direta ou indiretamente, interesses governamentais mais gerais relacionados à intenção de apoiar pesquisas na área social dentro de um projeto nacional de desenvolvimento econômico e de modernização; interesses governamentais setoriais no sentido da estruturação de práticas e modelos de assistência médica racionalizadores, compatíveis com a estratégia de expansão de cobertura; bem como, por outro lado, interesses de segmentos da intelectualidade sanitária brasileira em produzir práticas políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida e saúde da população, num movimento de resistência e oposição ao modelo do regime autoritário na área da saúde... (p. 147)

...ao retirar do âmbito da saúde coletiva projetos de investigação relacionados à área clínica, que abordassem os aspectos biológicos das doenças, e produzissem conhecimento e tecnologia referidos à atenção médica curativa, promoveu uma distância intelectualmente ativa da pesquisa científica do campo, em relação aos problemas mais complexos do cuidado a saúde em nível secundário e terciário...(p. 152)

Aqui ela assinala um ponto chave para entender, em primeiro lugar, a incongruência entre o campo da saúde coletiva com os aspectos biológicos e tradicionalmente vistos pela área médica. E, entendendo esta lógica, aponta também para os limites da saúde coletiva para dar conta da totalidade apregoada na área da saúde, uma vez que não aborda os problemas biológicos sentidos por um povo doente. Aprofundarei esta discussão nas conclusões.

Na continuidade de sua argumentação sobre os limites do projeto da Saúde Coletiva, ela afirma *...Não cabe, portanto, afirmar a ausência de um projeto acadêmico na constituição desse campo no Brasil....No entanto, cabe reconhecer que, se na década de 70, é possível identificar uma nítida tentativa de articular um projeto teórico- metodológico para o desenvolvimento de um novo paradigma científico que construisse a identidade epistemológica deste campo- ainda que com a ótica restrita de seu tempo-, nos anos 80 esta perspectiva acadêmica parece sofrer uma descontinuidade...(p. 153)*

Avançando nas suas análises sobre a Saúde Coletiva, geradora de tantos EPs, ela localiza mais algumas limitações do projeto original da ENSP:

... o pensamento marxista, pelo viés estruturalista, tal como foi introduzido na explicação da saúde, deixou como herança um modo de refletir fragmentado e hierárquico sobre categorias fundamentais como sujeito e natureza, biológico e social, que teria contribuído para a conformação de um discurso científico extremamente generalista, "sem instrumentos capazes de decodificar e agilizar o emaranhado burocrático das estruturas administrativas...(p. 155).

Isto é importante de ser entendido no contexto em que o movimento sanitário, assume posições no aparelho estatal de saúde, passada a ditadura militar, e com a Nova República, quando conseguem implementar algumas de suas proposições inovadoras, com diversas controvérsias entre os próprios militantes(Ribeiro, 1993; Escorel, 1987; Da Ros, 1991).

Para concluir, ela afirma que: *...Tal diagnóstico, entretanto, não deve servir para decretar a "morte" da Saúde Coletiva, mas para estimular, entre os pesquisadores, um processo reflexivo que atue na reconstrução de um projeto científico para o amadurecimento de sua produção. Esta é uma tarefa para aqueles que ainda acreditam na relevância deste campo de conhecimento para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira...(p. 156)*

Victor Valla orienta ainda, também em 1991, a tese de doutorado de Eduardo Stotz, que tem o título de: *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito- contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico- metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. O*

próprio título de sua tese já vincula seu conteúdo à análise da construção do conhecimento. Acredito que os títulos dos capítulos de sua tese demonstrem também a lógica seguida e o seu vínculo a este EP....*Cap. II- o problema da concorrência de paradigmas na sociologia. Cap. III- Demarcação científica- valores e objetividade nas Ciências Sociais. Cap. V- Construção de sujeitos.*

A terminologia utilizada fala de: construção de conhecimento, hermenêutica, crise de paradigmas, filosofia da ciência, atores sociais. E sua bibliografia é praticamente a mesma de Fermin Schramm(1993), passando por quase todos autores conhecidos da epistemologia, em especial a epistemologia do complexo, pela filosofia e pela antropologia.

Além destas teses e dissertações relacionadas a Victor Valla e Maria Cecília Minayo, outra que contribuiu para caracterizar este EP e nele enquadra é a tese de Luiz David Castiel, orientando de Anastácio Morgado, defendida em 1993, e intitulada: *O buraco e o avestruz: Ensaio sobre a singularidade do adoecer humano. Uma crítica à epidemiologia moderna.*

Nela, ele aponta para a incongruência da epidemiologia com a prática médica que atende a pacientes individuais, com sofrimentos emocionais que são determinados socialmente e que conferem singularidade a cada doente, afastando-se da regularidade cartesiana proposta pela lógica quantitativa da epidemiologia. Coloca como uma das raízes desse problema que, se forem considerados os pacientes individuais, serão instabilizados os programas de pesquisa e as correntes que defendem mudança no estilo de vida como solução para os problemas coletivos.

...o modelo prevalecente na biomedicina e na epidemiologia moderna tem pouco a dizer sobre o sofrimento e sobre a estranheza de perceber-se possuidor(?) de um corpo (que, mais estranho ainda, adoecer...). É preciso enfatizar que o modelo ordenador/ classificador, nos seus procedimentos, acaba por resumir as pessoas, as coisas, a vida, e os acontecimentos do mundo às medidas de seus padrões de referência. Ou seja, está capacitado a buscar ordens descritivas e constitutivas, onde a seleção e a coleção são procedimentos eficazes na categorização da natureza...Mas, este é, ainda, um modo precário de ordenar o universo. Há ordens que não são alcançáveis por esta via, ou seja, as ordens

generativas e implícitas, onde as referências não se dirigem para questões ligadas à linearidade do desenvolvimento e desencadeia os processos auto-organizadores dos seres vivos. No entanto, nos primórdios da disciplina fisiológica, procedeu-se à cisão, de inspiração cartesiana, entre organismo e indivíduo. Se, por um lado, foi possível ampliar o conhecimento do funcionamento dos organismos, dentro da racionalidade das Ciências Biológicas, a individualidade ficou à parte, principalmente por trazer instabilidade aos paradigmas dos programas de pesquisa hegemônicos... (p. 210/ 211)

Sua bibliografia envolve filosofia, os autores da epistemologia, sociologia e psicologia. É interessante ressaltar que na Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, Chalubinski, em 1874, ou Kramsztyk no início do século XX, defendiam pontos de vista semelhantes na relação indivíduo/ epidemiologia, embora com embasamento diferente.

Há, portanto, neste EP uma análise/ crítica da forma da construção do conhecimento na área de saúde pública. Embora com poucos anos de existência- 1989- 1994 (até o momento em que realizei levantamento dos trabalhos para análise), o estilo é uma espécie de continuidade ao pensamento da saúde coletiva, agora num procedimento de tentar se conhecer melhor e construir uma base mais sólida ao seu processo de fazer ciência, abandonando, em parte, a questão da militância que permeou a prática do Movimento Sanitário. Acredito que minha própria tese é um reflexo disto e se enquadraria neste EP, sugerindo que a materialidade está proporcionando a possibilidade da instauração e manutenção deste EP.

A julgar pela quantidade de teses de doutorado nesta área(só uma é de mestrado), a perspectiva é de que surjam mais T e D neste EP, com o provável surgimento de novos "pais".

V Considerações Finais

Na construção dos Estilos de Pensamento em Saúde Pública, algumas questões levantadas na introdução deste trabalho foram ficando claras: desde a importância da utilização de Fleck para analisar a chamada epistemologia do complexo, especialmente na área da saúde, como os porquês da fragmentação de conhecimento na área de Saúde Pública; e a pertinência do método utilizado e do instrumento desenvolvido para a análise proposta, inclusive para investigações em áreas como a da educação e a da saúde, pelo menos.

Por outro lado, outras questões, sem dúvida, requerem uma continuidade da investigação, tais como: a eclosão de novos estilos integradores e a correspondência histórica deste acontecimento; a análise de Instituições não examinadas, como o Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, o Instituto de Medicina Social da UERJ, a Medicina Preventiva da USP, dentre outras, que pela produção literária na área de atenção primária/ medicina comunitária/ saúde da família, já prenunciavam os tempos de integração que discuto a seguir; a análise das práticas estabelecidas pelos profissionais(e não só dos discursos estabelecidos pelas T e D), nos centros de saúde, secretarias, conselhos, ou mesmo dentro de seus departamentos nas Instituições de Ensino, etc...; a evolução dos matizes analisados, tais como bioestatística, saúde ocupacional e saúde do trabalhador; a análise do conteúdo de todas as T e D produzidas, para além das setenta e duas examinadas, na busca de possíveis outros estilos; e a adequação de uma epistemologia apropriada para um melhor entendimento do que se passa na área da saúde, que hoje ainda desconhece, majoritariamente, as possibilidades que Fleck desvela.

Os Estilos de Pensamento em Saúde Pública, detectados a partir da análise de teses e dissertações, da ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro(1981- 1994); e da FSP-USP-São Paulo (1948- 1993), possuem características que estão vinculadas a diversos fatores, dentre os quais a historicidade parece ser o preponderante para a seu surgimento. Esta historicidade está relacionada simultaneamente a três recortes:

1- História Geral- o desenvolvimento da questão econômico- política em nível mundial, e desta com o surgimento de marcos teóricos, tanto para a ciência em geral, como para o campo da saúde, funcionando, ora como proto-idéias, ou idéias força, ora como adesão clara a uma ideologia, permitindo, em última análise, o aparecimento de estilos diferenciados de pensamento na área da saúde.

Como pano de fundo para idéias que vão aflorar a partir de 1948, nos trabalhos (T e D) que examino:

a) O início: o higienismo grego- proto idéia, de responsabilidade individual, da educação para a limpeza, doença como sujeira e vergonha para o cidadão- resgatadas no século XIX, no início da era bacteriológica. Presentes na Educação sanitária e Medicina Preventiva da USP.

b) O Movimento de medicina social 1848- revoluções socialistas na Europa- Determinação social do processo saúde-doença- a inclusão da área de ciências sociais como uma das bases da epidemiologia- a macro-área de saúde coletiva da ENSP e nela os estilos: Planejamento Estratégico, Epidemiologia Crítica, Educação em saúde, Atores Sociais, Segmentos Sociais Discriminados, Epistemologia e saúde. Mas também aí, a Epidemiologia Clássica da USP e a Medicina Preventiva.

c) A estatística- surgindo como administração do Estado Capitalista Europeu, com florescimento dois séculos mais tarde nos EUA, na Sociedade de estatística, com o resgate da valorização da prática médica no continente americano, - Bases, não mais proto-idéias, da Epidemiologia clássica e crítica da Administração e Planejamento da USP, da Biologia de Vetores, da Medicina Preventiva.

d) O positivismo- a partir das discussões européias do séc. XIX, base científica para as metodologias FSP-USP.

e) A reforma Flexneriana- ruptura da SPB com a medicina, causa/ resultado/ ou consequência do desenvolvimento do complexo médico-industrial, aparecendo no EP Planejamento normativo e Administração –USP

f) O capitalismo americano/ colonialismo- A fundação Rockefeller e o 3º mundo- sobredeterminando a Biologia de Vetores, Epidemiologia clássica e Planejamento Normativo da USP.

g) A revolução Cubana- a posição da OPAS e o surgimento do Planejamento normativo.

h) o marxismo- reaparecendo na década de 70, base para os EPs da ENSP.

i) A queda do muro-o modelo hegemônico neoliberal, base para os EPs Segmentos Sociais Discriminados. e Epistemologia da ENSP.

2. História política e sanitária brasileira:

a) O sanitarismo campanhista de Oswaldo Cruz, no governo Rodrigues Alves, correspondendo à entrada do Brasil na era bacteriológica: associado ao desenvolvimento dos EP-Biologia de Vetores , Epidemiologia clássica, Medicina Preventiva, Planejamento Normativo e administração e Educação Sanitária. b) O governo Vargas, a criação do Ministério da Saúde, as disputas Rio- São Paulo: correspondendo a disputas por um projeto nacional, ou de dependência norte-americana, levando ao início de marcos teóricos diferentes para as Instituições examinadas. c) O vínculo da FSP-USP aos EUA, correspondendo especialmente aos EPs: Educação Sanitária, Biologia de Vetores, Planejamento Normativo e administração. d) O golpe militar de 64, com a entrada definitiva do Brasil na era flexneriana e, daí, a submissão ao Complexo Médico- Industrial , com reflexos nos estilos: Medicina Preventiva, Educação Sanitária e Planejamento Normativo e administração. e) A crise do Golpe, em 74- A possibilidade de surgimento de contra-hegemonia- o marco teórico marxista, relacionados ao surgimento do financiamento para a área de saúde coletiva da ENSP, com seus EPs. f) A Nova República e a possibilidade de espaços de poder para a contra-hegemonia, correspondendo à revisão do marco teórico na saúde coletiva, propiciando o aparecimento de: Segmentos Sociais Discriminados e Epistemologia e saúde.

3. A história das Instituições

a) A ligação FSP-USP à Fundação Rockefeller, à John Hopkins University, à lógica paulista de desenvolvimento, à "neutralidade" política, ao positivismo, ao modelo flexneriano de conceber saúde- doença, ao planejamento normativo.

b) A ligação da ENSP com a história política nacionalista, com a história do Rio de Janeiro, do PCB, de oposição ao golpe militar, do Movimento Sanitário, do financiamento para a área de saúde coletiva, do marco teórico marxista, da construção da contra-hegemonia, da oposição aos EPs em SPB de São Paulo, da Nova República, da 8ª Conferência, ao esvaziamento do marco teórico, o aparecimento de estilos USP, na ENSP, o surgimento de proposta do Programa de Saúde da Família.

c) Como decorrência das três dimensões históricas anteriores, a divisão departamental das duas Instituições. A USP com cinco departamentos: Nutrição, Meio-ambiente, Epidemiologia, Materno-infantil e Práticas de SPB, e a ENSP com três: Planejamento, Epidemiologia e Ciências Sociais, derivando disto a adesão de professores orientadores- "pais"- a uma circunscrição de Estilos.

Além destes três recortes históricos, os Estilos de Pensamento em Saúde Pública têm características da internalidade para sua instauração e manutenção. Uma destas, que chama particularmente a atenção, embora tenha diminuído sua importância para a caracterização de um EP, mantém um papel fundamental para a iniciação de novos membros e persistência de um EP: o orientador e a adesão deste ao que ocorre no processo histórico. Sua atuação determina o desenvolvimento, de um círculo esotérico nos trabalhos que orienta, dentro de um coletivo de pensamento, que persiste no tempo. Posteriormente, independente da história que o gerou, fortalece um coletivo mais amplo, garantindo novos produtores de conhecimento (esotéricos). Com os retornos (após a defesa de T ou D) de seus "filhos" às "academias" de origem, para fins de ensino, amplia-se o círculo exotérico assegurando a extensão do estilo, e a ampliação do coletivo de pensamento.

É no somatório destes enfoques que se demonstra a importância da epistemologia fleckiana para entender como se processa a construção de conhecimento em área de alta complexidade. Assegura, em primeiro lugar, a importância da história e, dentro dela, como se processa internamente a "ciência", a construção de um EP (vinculado obviamente ao processo histórico), mas

determinado pelos iniciados, aos iniciantes, por determinação psicológica, coerção, adesão a uma ideologia/ cultura ao Coletivo já existente.

Uma vez instaurados os EPs, há uma tendência à persistência no tempo, por uma necessidade interna, por uma continuidade da coerção (harmonia das ilusões, no dizer fleckiano), pela pertinência dos problemas de saúde ao concreto e pela necessidade de intervenção que tais problemas suscitam. Como a solução para estes problemas(de saúde pública) exige ações multi- facetárias, que envolvem abordagens distintas, indo do biológico ao social, isto determina que as ações sejam desenvolvidas não só por atores sociais com EPs diferentes, mas também por profissões diferentes, o que traz à tona a discussão sobre inter/ transdisciplinaridade, que retomarei logo a seguir.

Dos onze EPs localizados, alguns remontam aos anos 40 e 50 e se mantiveram até os dias de hoje, na macro- tendência que denominei de Saúde Pública. A outra macro- tendência, denominada de Saúde Coletiva, instaura seus EPs a partir de 1976, com o financiamento FINEP, e todos os seus EPs também se mantêm até os dias atuais. A partir do final dos anos 80, coincidente com "queda do muro", com a redemocratização do Brasil e do advento claro da chamada globalização neoliberal surgem os EPs que chamo de emergentes: Segmentos sociais discriminados e Epistemologia e saúde. É também a partir desta época recente que, tanto as macro- tendências, como as Instituições examinadas passam a ter uma espécie de interpenetração. Se a Saúde Pública significava quase que exclusivamente FSP-USP, e a Saúde Coletiva, ENSP-FIOCRUZ, a partir dos anos 90, esses limites sofrem um borramento de suas áreas , incluindo a participação de uma área até então isolada da Saúde Pública/ coletiva, que diz respeito à atenção médica clínica, num movimento de aproximação também propiciada pela própria área da chamada educação médica, que analiso também logo a seguir.

A partir da descrição do subtítulo-Epistemologia e saúde, o último a ser descrito, em função de seu aparecimento em tempos recentes, especialmente dos trabalhos que examinei, de Castiel(1993) Minayo(1989), Ribeiro(1991), Uribe Rivera(1991), e Uribe Merino(1990), e das leituras recentes de autores que analisam esta temática, tais como : Almeida Filho(1997), Belisário(1995), Camargo Jr(1993),

Feuerwerker(1998), Goulart(1999), Minayo(1994), OPAS/ OMS(1994 e 2000), criou-se a possibilidade de uma compreensão que até então não estava presente. Foi como que um roteiro para o entendimento. Minha própria tese está inserida neste EP, sugerindo que as condições históricas estão proporcionando a possibilidade de instauração/ consolidação deste novo EP.

Mesmo que o objeto desta tese não seja exatamente de educação médica (embora colabore para seu entendimento), a partir das observações das teses e dissertações e, principalmente da compreensão dos EP em Fleck , tive condições de entender melhor minha própria área de trabalho: um médico, ensinando saúde pública para estudantes de medicina.

A macro-tendência de Saúde coletiva, especialmente na ENSP, e suas áreas de influência acadêmica, embora com explicações mais consistentes e atualizadas em relação à determinação social do processo saúde- doença, que deveriam incorporar os conhecimentos mais parcializados, como a unicausalidade biológica, não se consolidou, enquanto se manteve isolada e ficou como um discurso teórico para militantes ou intelectuais do campo da "esquerda", na área da saúde, não atraindo os médicos que trabalham com os doentes. Feuerwerker (1998) afirmava:

...O movimento sanitário fazia discursos, mudava as instituições, mas não dizia que médico queria para atuar...(p. 140)

Isto fez com que os médicos, que eventualmente fizessem pós graduação na área de saúde coletiva, quando retornavam ao seu círculo anterior, ou abandonassem a prática médica para dedicar-se a academia/ seus cursos de graduação (mas não para produzir conhecimento, e sim para dar aulas), na tentativa de expandir o círculo exotérico da área de saúde coletiva (mas mal recebidos pelos seus colegas médicos que necessitavam de respostas rápidas de intervenção junto a seus pacientes) ou renegassem o conhecimento teórico adquirido, voltando-se para a prática médica, mas insatisfeitos pela impossibilidade de integrar a teoria com a prática. Existia aí um defeito de origem na forma de trabalhar o marco teórico marxista, que não dava conta da totalidade apregoada (uma vez que usava

escassamente a dialética), mas que, sem dúvida, contribuiu para a incongruência entre a prática médica e a saúde coletiva.

Como os cursos de medicina, majoritariamente, têm sua ênfase no biológico/ unicausal, ou, no máximo, num entendimento multifatorial voltado para o biológico, também pela parte deles não se deu a aproximação. A coerção para pensar daquela forma, aliada à influência do complexo médico- industrial por sobre a lógica flexneriana não permitia que fosse diferente. Além disso, o momento de triunfo do neoliberalismo também não permitia que aflorasse outra forma de ler a realidade.

É na atualidade(e Ribeiro, com sua dissertação analisada no EP Epistemologia e saúde, não podia prevê-la em 1991), a partir aproximadamente de 1995, que, a partir da lógica de saúde da família (gerida por pessoal oriundo do movimento sanitário/ atenção primária) frente à necessidade de limitar os gastos de saúde, imposta pelo Banco Mundial- recursos, até então administrados no interesse da corporação do complexo médico- industrial-; com espaço assegurado na academia, com projetos de extensão/ atenção primária/ Programa de Saúde da Família(PSF), com a “grita” mundial pela mudança de modelo e pela busca de um modelo que restaurasse a integralidade do homem, a medicina rompe o isolamento do entendimento unicausal.

A partir disto, busca a integração com o pessoal que estuda a determinação social do processo saúde doença, seja na epidemiologia, seja na medicina comunitária, no controle social, na educação em saúde, no planejamento de sistemas locais de saúde, no entendimento da doença como fruto das condições de vida.

Especificamente nos EPs examinados, das duas macro- tendências, há uma espécie de redesenho a partir de 90. Além dos estilos emergentes detectados até 94- Epistemologia e saúde e Saúde e segmentos sociais discriminados, típicos da ENSP, que começam a surgir também na FSP-USP, há esta área de “fusão” entre medicina clínica, SPB e Saúde Coletiva- podendo ser chamada genericamente de Atenção ao processo saúde- doença(ver fig.1, p.188), com atuação em escalonamentos diferenciados, desde a academia, ao sistema nacional de saúde, ao

município, à unidade local, ou à atenção em seus diferentes níveis, que envolve a atenção primária, a saúde comunitária, o programa de saúde da família, com teses e dissertações em ambas as instituições examinadas, nos anos pós-94 e muito presentes em Instituições não examinadas, como o Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, e em publicações na área da Saúde Pública/ Coletiva e Educação médica, e em áreas do Ministério da Saúde, disputando hegemonia.

Em ambas as Instituições examinadas, a epidemiologia começa a tomar uma face que guarda características da epidemiologia crítica (embora com diminuição do marco teórico marxista clássico), levando em forte consideração a questão social como determinante, mas que usa instrumentos típicos da chamada epidemiologia clássica. Isto parece corresponder ao que Fleck (1986) chama de transformação de um EP.

O Planejamento abandona a característica de normativo, típica da FSP-USP, mas também abre mão da ênfase em transformação social global. Inclui a política, os atores sociais, a discussão sobre o poder, mas passa a ter grande importância para tentar resolver estas questões nos níveis local e / ou municipal.

A medicina preventiva assume que os estilos de vida determinam a doença, abrindo espaço para a discussão de mudanças sociais, culturais e de educação.

A educação/ saúde, ainda que nos programas ministeriais tenha características fortemente calcadas no EP Educação Sanitária, sofre questionamentos de outros programas do mesmo ministério (da Saúde) na produção científica de ambas as Instituições examinadas, na relação biunívoca entre sujeitos, na não inculcação e na problematização dos aspectos educacionais na saúde.

A questão biológica (vide EP- Biologia de vetores), antes pouco relevante em termos de produção acadêmica, é assumida também pela ENSP, onde, na década de 90, cria-se um departamento de Grandes Endemias. Mas vincula este biológico como variável da questão social. O homem passa a ser também objeto de análise, não mais somente o inseto ou a bactéria.

A emergência do processo de municipalização (bandeira do movimento sanitário, ora hegemônica), que também é apoiada pelo Banco Mundial, permite que surjam T e D de atores sociais de nível local, como a análise de conselhos municipais ou locais de saúde.

É um processo ainda em construção e em transformação acelerada. De 1994, quando inicio o processo de pensar a tese, até o ano 2000, as mudanças estão se processando, com novidades dia-a dia. Espera-se que esteja nascendo aí um EP que dê conta de integrar partes dos EPs estudados.

Esta interpenetração de macro- tendências, ditada tanto pela materialidade (modelo econômico, neoliberalismo, Banco Mundial- contra-hegemonia, construção de novos atores sociais para a transformação- pós-modernismo, queda do muro, retomada da dialética, e do movimento sanitário) como pelo próprio desenvolvimento da ciência, exige:

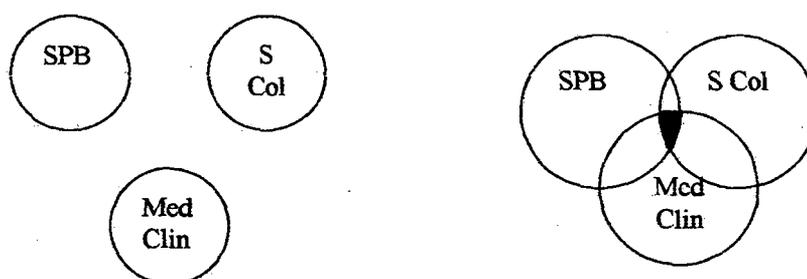
Da SPB, uma consistência maior nonexo causal das doenças; da Saúde Coletiva, que tente incorporar o biológico; e da medicina clínica, que não só aproxime os conceitos do social com os do biológico, mas que responda às questões de promoção à saúde e mudanças de estilo de vida, para além do repetir do velho modelo preventivista travestido de modernidade.

Quando a medicina clínica admite (e isto é recente) que está na pauta da construção da saúde, sua promoção, e as mudanças no estilo de vida, está aceitando, no mínimo, discutir como se consegue mudar estilos de vida. Tal assunto envolve, pelo menos, a discussão de educação e, no limite, a transformação da sociedade, ambas áreas consideradas pertinentes à SPB ou à S. Coletiva. O modelo escolhido para a prática educativa está em discussão, havendo correntes adeptas da educação sanitária e outras da educação em saúde. As mudanças no estilo de vida podem ser entendidas como interferência em alguns fenômenos causais, ou transformação das relações sociais e de produção.

Mas o que há de novo, é que estas discussões antes eram restritas à saúde pública/ coletiva, e hoje fazem parte da temática de todos os congressos e reuniões que tratam de educação médica. Isto parece criar as condições para um EP, que sem negar os anteriores, trabalhe com sínteses.

Uma modelagem do que entendo estar acontecendo poderia ser desenhada da seguinte forma:

Figura 1 – A integração das macro-tendências



Atenção ao processo saúde- doença

É dentro deste caráter peculiar, que cada vez mais a área da saúde demanda conhecimentos distintos, integrados, porque coloca de forma imediata o problema da intervenção. Isto acena para uma perspectiva que está sendo chamada de transdisciplinaridade, ou interdisciplinaridade, uma vez que esta intervenção não depende da atuação de um profissional de somente um campo de conhecimento.

Não se trata também da defesa de equipes com profissionais de diversas áreas, embora isto seja necessário, mas de trabalhar com conceitos diferentes, entendendo a riqueza da diversidade, com EPs distintos, na construção de uma proposta de saúde compatível com o modelo defendido pelas entidades

mundiais de saúde pública e pelos fóruns internacionais e nacionais de educação médica.

Para exemplificar a proposta, de um EP que supere a fragmentação atual, podemos imaginar o cotidiano em um trabalho de ponta na área da saúde- uma equipe trabalhando em um centro de saúde que atende a uma determinada área delimitada. Vamos pensar minimamente em: garantia de encaminhamento das pessoas atendidas para atenção secundária e terciária, se necessário; um centro confortável e bem equipado, com profissionais com boa resolutividade; um bom sistema de captação de informações, que possibilite avaliação permanente; educação continuada para os profissionais; dimensionamento do tempo, de forma a não estressar o profissional, simultâneo à boa qualidade da atenção à população; articulação com o Conselho de Saúde. Todos esses aspectos são relacionados ao grupo que denominei de Organização de Atenção à saúde, com conteúdos que vão do Planejamento estratégico ao normativo, administração e construção de atores sociais. Na área de informação à população, podemos pensar em educação popular, libertadora, que promova saúde, que discuta com a população mudanças de estilos de vida, que construa um diálogo permanente, e sistemático com os sujeitos envolvidos no processo. Na área de estudo das doenças- que se entenda o biológico, que se atue nas multicausalidades, mas que não se perca de vista a determinação social do processo saúde- doença; que se promova a capacidade de reação física, mental e social, prevenindo doenças, promovendo saúde, limitando danos, tratando doenças, usando, para isto, conhecimentos da epidemiologia crítica, clássica, medicina preventiva e biologia dos vetores.

Este cotidiano imaginado (mas muito real) depende, portanto, de profissionais de formação variada, mas principalmente da flexibilidade dos atores sociais envolvidos, na perspectiva de construção da saúde da população como norte unificador do trabalho, respeitando as especificidades profissionais e EPs diferentes. Que nome dar a esse tipo de trabalho? Interdisciplinar? Transdisciplinar? A construção conjunta de saúde, estimulando a capacidade de reagir a situações opressoras, físicas, mentais ou sociais é que deve balizar o trabalho. Trata-se,

portanto, de pensar no trânsito não somente dos discursos, mas dos sujeitos dos discursos, permeáveis à diversidade.

Os “velhos” militantes do movimento sanitário, defensores de um sistema de saúde humanizado, equânime, integral, universal, têm hoje espaço para resgatar sua luta histórica. O mercado de trabalho para profissionais de saúde está mudando na direção de um trabalho integrador. Isto se constata nos espaços ampliados nos cursos da área da saúde, nos fóruns de discussão de saúde, tais como ALAMES, ABRASCO, ABEM, etc. Os médicos passam a valorizar a saúde pública e esta tem hoje uma leitura diferente da realidade: a entrada da dialética, da epistemologia, da possibilidade de integrar a compreensão da cultura junto com a questão econômica, de juntar o subjetivo com o objetivo, de romper com o caráter mecanicista da determinação social (embora ainda existam os que preferem romper com a determinação social).

Em que lugar está se refletindo sobre este processo? No Rio de Janeiro- ENSP, dentro do departamento de ciências sociais. Valla e Minayo são os “pais” significativamente mais importantes da episteme nesta área, sucedânea do movimento de saúde coletiva como um todo. Mas a contrapartida acontece também na FSP/ USP com T e D nesta área integrada, e principalmente, na chamada periferia, entre os médicos que eventualmente tinham feito formação, incorporando o social como determinação do processo saúde- doença, especialmente na ABEM, no CINAEM (com toda sua representação- Docentes, Sindicato, Estudantes, Diretores de faculdades, etc...).

Isto se dá na Bahia, no RS, em SC, no PR, em MG, na Paraíba, em Brasília, no Ceará. Nas faculdades de medicina (inclusive do Interior- e isto tem a ver com o movimento de descentralização municipalista do SUS, na luta do movimento sanitário) que, simultaneamente contaminadas pela necessidade de mudar o modelo formativo (clamor humanista e mundial) ; pelo marco teórico adquirido, mas insuficiente; pela continuidade da militância nos fóruns mais diversos de construção de micro poderes; e pelas experiências marginais em atenção primária, via projetos de extensão, postos de saúde de periferia, atenção primária,

medicina comunitária e, agora, pela chamada Saúde da Família, vislumbram, hoje, a possibilidade de construção de uma nova hegemonia.

Antes de colocar o ponto final nesta tese, acredito ser importante discutir alguns aspectos da epistemologia para a área da saúde propriamente dita. As leituras recentes(Paim,1998; Almeida Filho, 1997; Goulart,1999; OPAS/OMS,2000) falam insistentemente em novos paradigmas para a saúde pública e tentam explicar os entendimentos distintos vigentes na área, à luz de explicações baseadas na epistemologia kuhniana.

Lima (1999), em seu trabalho, compara, com base em extensa revisão bibliográfica, a abrangência da epistemologia kuhniana com a de Fleck para analisar ciências do complexo e entende que Fleck teria muito mais propriedade, com sua categoria estilos de pensamento, que Kuhn com sua categoria paradigma, para a compreensão de áreas do conhecimento como a saúde.

O termo paradigma, com seus múltiplos significados, é utilizado por Kuhn para afirmar, por exemplo, que ciência madura é a que tem um único paradigma, questão apropriada, sobretudo para as ciências naturais.

Acredito haver um problema de origem em se pensar que uma área complexa como a saúde, com bases assentadas no funcionamento da sociedade, possam desfrutar de paradigma único. Isto seria uma espécie de reducionismo, a própria negação da dialética. A utilização desta categoria para a saúde, portanto, ou nega o princípio do próprio Kuhn de paradigma único, ou nega que a ciência da saúde possa ser uma ciência madura.

É neste sentido que a epistemologia de Fleck, em especial com suas categorias de EP/ CP, tem uma abrangência muito maior e uma aplicabilidade clara para se entender as lógicas diferentes/ incongruências que convivem simultaneamente nas ciências do complexo, em especial, a saúde. Neste meu trabalho, chego a onze estilos de pensamento. Como explicar isto com a lógica paradigmática?

Não se trata, para a área da saúde, de buscar a existência, ou a construção de um EP que supere os EPs anteriores, até porque tudo indica que devem continuar existindo por um tempo imprevisível. Trata-se sim, de construir a

perspectiva de utilizar para área de aplicação em Saúde pública, conceitos de distintos EPs, que continuam existindo e que dêem conta, a partir da determinação social, do processo saúde- doença, dos aspectos biológicos; planejar e administrar uma unidade de saúde, pensando em construção de uma contra-hegemonia ao modelo excludente das políticas neoliberais, mas tornando essa unidade de saúde eficiente em termos administrativos; integrar aspectos da saúde coletiva com trabalho clínico. Ou seja, preservando os EPs, criar um EP que integre aspectos de diversos outros e que promova saúde , previna doenças e trate de forma abrangente os doentes, colaborando para a construção de um povo mais livre, saudável e feliz- um corpo individual e coletivo, que trabalhe, que lute e que ame..

Referências Bibliográficas

1. ABEM- Associação Brasileira de Ensino Médico. *Relatório do V fórum de avaliação do ensino médico*. Porto Alegre, 1995
2. AGUDELO, S.F. *Orientación biosocial de la educación y salud en la sociedad*. In: Revista Educación Médica y Salud-vol.24 , No 2, Abril/ junho 1992- OPAS/ OMS
3. ALMEIDA FILHO, N. – *Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*- In: *Ciência e Saúde Coletiva* II (1/2) 1997
4. ALMEIDA FILHO, N.- *Anotações sobre a história da epidemiologia*. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde* , 4ª ed. MEDSI, S.Paulo, 1994
5. ANDERSON, P. *O balanço do neo-liberalismo*. In: SADER, E. & GENTILI, P. – *Pós- neoliberalismo- As Políticas Sociais e o Estado Democrático*- Ed. Paz e Terra. São Paulo- 1995
6. ATLAS DE HISTORIA DO BRASIL - Isto É- Ed . Três . 1997
7. BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993 : invertir en salud*. Washington, D.C., 1993
8. BARRACLOUGH, G. *Atlas da História do Mundo*. 1ª edição brasileira, Folha de São Paulo- SP, 1995
9. BELISÁRIO, S.A- *As múltiplas faces do médico- sanitário*- In: MACHADO, M.H.- *Profissões de Saúde :uma abordagem sociológica*. Ed. FIOCRUZ, R. de Janeiro, 1995
10. BIEGANSKI, W. *General Problems of the Theory of Medical Sciences* [1897] . IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1990
11. ——— *Thoughts and Aphorisms on Medical Ethics* [1899]. IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1990.
12. ——— *The logic of Medicine* [1908] IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1990

13. BIERNACKI, E. *The Essence and the Limits of the Medical Knowledge*. [1898] IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Acad. Publis. Netherlands, 1990
14. BREILH, J. & GRANDA, E. – *Saúde na Sociedade*. São Paulo: Instituto de Saúde/ Rio de Janeiro ABRASCO, 1986
15. BURLANDY, L. & BODSTEIN, R.C. de A.- *Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992)*. In *Cadernos de Saúde Pública* n 14 (543-554), jul-set 1998- Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1998.
16. CAMARGO JR, K.R.- *A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea*- In: *Revista da Soc. Bras. De História da Ciência* n.9, Jan- Jul 1993, São Paulo,
17. CAMPOS, G.W.S. *Apresentação* In FEUERWERKER, L.C.M. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. Ed. Hucitec- Rede Unida- São Paulo, 1998
18. CANDEIAS, N.M.F.- *Memória histórica da Faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo- 1918-1945*. In *Revista de Saúde Pública*, n 18 (2-60)- S.Paulo, 1984
19. CARDACI, D.- *Educacion para la Salud en la area materno infantil*- México, 1979 UAM- mimeografado
20. CASA DE OSWALDO CRUZ. *Ministério da Saúde Rio de Janeiro: Coc/Fiocruz, 1995.*
21. CHALUBINSKI, T. *The Method of Finding Therapeutic Indications*[1874] IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1990
22. COHEN, R. & SCHNELLE, T (ed.) *Cognition and Fact*. Dordercht: Reidel Publishing Company, Holland, 1986
23. COSTA, N.R. – *O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90- A agenda para reforma do setor saúde no Brasil*- In- *Políticas Públicas e Justiça Urbana*- Tese de Doutorado- FAU / USP , junho de 1996.
24. CUTOLO, L.R.A – *Algumas considerações sobre os primeiros estudos na disciplina*. Florianópolis PPG/ CED/UFSC (mimeo) 1999.

25. DA ROS, M.A *Forum Popular Estadual de Saúde- expressão catarinense do movimento sanitário para os anos 90* Florianópolis SPB/UFSC (mimeo), 1995.
26. DA ROS, M.A e DELIZOICOV,D. – *Estilos de pensamento em Saúde Pública* . In *II ENPEC- Livro de resumos e programação* – Valinhos- S.Paulo- 1999
27. DA ROS, M.A- *Um drama estratégico- O movimento sanitário e sua expressão em um município de SC* .Dissertação de mestrado- ENSP/ FIOCRUZ- Rio de Janeiro-1991
28. DA ROS, M.A. *Estilos de pensamento em Saúde Pública*. Florianópolis: PPGE/UFSC (mimeo), 1999.
29. DA ROS,M. A *Saúde: Ciência não madura com crise de paradigmas*, Universidad de Concepción, Chile,1994
30. DE BRIDA, K. e CASTILHO, N.- *Revisão do terceiro capítulo do livro La génesis y el desarrollo de un hecho científico de Ludwik Fleck* Florianópolis PG/CED/UFSC (mimeo) 1999
31. DELIZOICOV,D et al. *Sociogênese do Conhecimento e a Pesquisa em Ensino: contribuições a partir do referencial fleckiano*. In: *Atas do II ENPEC- CD-Rom*. Valinhos,S.P-setembro de 1999
32. DELIZOICOV,D. – *Críticas* In *CUTOLO, L.R.A-Algumas considerações sobre os primeiros estudos na disciplina* .Florianópolis PPG/CED/UFSC (mimeo) 1999
33. DUFFY, J. – *The Sanitarians- A History of American Public Health*. University of Illinois.Press- 1992
34. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA- *Catálogo de teses e dissertações*. Rio de Janeiro. Panorama ENSP, 1994.
29. ESCOREL, S. M. - *Reviravolta na saúde: origem e articulação de movimento sanitário*- Dissertação de mestrado- ENSP- 1987
35. FLECK ,L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Alianza Editorial- Madrid-1986
36. ———. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (Mit einer Einleitung

herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle). Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994.

37. ———. *Some specific features of the medical way of thinking* [1927] In: COHEN, R. & SCHNELLE, T. *Cognition and Fact*. Dordrecht: Reidel, 1986
38. ———. *Some Specific Features of the Serological Way of Thinking: A Methodological Study* In: *Science in Context* 2.2 (1988), pp 343-344
39. ———. *On the crisis of «reality» (1927-1929)*- In: *Cognition and Fact*. Cohen, R. Schnelle, T., D. Reidel Publishing, Holland, 1986
40. ———. *Some specific features of the serological way of thinking: a methodological study*, *Science in Context* 2.2 1988, pg. 343,344
41. FLEURY, S.- *Projeto Montes Claros- a utopia revisitada*- ABRASCO, RJ, 1995
42. FEUERWERKER, L.C.M.- *Mudanças na educação médica & Residência médica no Brasil*- Rede UNIIDA/ Hucitec, S. Paulo, 1998
43. GARCIA, J.C.- *Historia de las instituciones de investigación en salud en America Latina*. In *Educación médica y Salud*, n 15, vol I (71-78), OPAS/OMS- 1981
44. GAYON, J. *De la catégorie de style en histoire des sciences* In: *Alliage*, numéro 26, France, 1996
45. GIEDYMIN, J. *Polish Philosophy in the Inter-war Period and Ludwick Fleck's Theory of Thought- Styles and Thought- collectives*. In: COHEN, R. & SCHNELLE, T. *Cognition and Fact*. Dordrecht: Reidel, 1986
46. GOULART, F.A A – *Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde*- In: *Informe epidemiológico do SUS* 8 (2): 17-26, Ministério da Saúde, 1999
47. HOCHMAN, G. – *A Era do Saneamento*- Hucitec-Anpocs- S.Paulo- 1998
48. IYDA, M. *Cem anos de saúde pública- a cidadania negada*. São Paulo. Ed.Unesp, 1994.
49. INSTITUT UNIVERSITARI DE SALUT PUBLICA DE CATALUNYA- *La epidemiologia y sus apellidos*- Pressline, Barcelona, 1995
50. JOFFILY, B. - *IstoÉ, Brasil 500 anos. Atlas Histórico*- Ed. Tres, São Paulo, 1998

51. JUAREZ, E. – *Comportamento do Triatoma infestans sob várias condições de laboratório*- Tese de Doutorado- FSP- 1970
52. KRAMSZTYK, Z. *Rational Treatment*. [1897] IN : LOWY, I. *The Polish School of philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1999
53. ——— : *A Clinical Fact* [1898] IN : LOWY, I. *The Polish School of philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1999
54. ——— : *Is Medicine na Art or a Science* [1895] IN : LOWY, I. *The Polish School of philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1999
55. ——— : *On Being Up- to -date* [1907] IN : LOWY, I. *The Polish School of philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1999
56. KUHN, T.A *Estrutura das revoluções científicas* 3ª ed.- Edit. Perspectiva- São Paulo-1992
57. LAURELL, A C. *Tendencias actuales de la epidemiologia social*- Cordoba, Argentina, out. 1994, mimeografado
58. LATOUR, B. – *Avons-nous besoin de « paradigmes »?* In: *La Recherche* 290, Paris, Septembre 1996
59. LILLIENFELD, AM.- *Fundamentos de Epidemiologia* -Fundo Educativo Interamericano, México, 1983
60. LIMA, A M.C. *Estilos de pensamento como configuração de tendências e posturas*- Florianópolis- PPG/ CED/ UFSC (mimeo) 1999
61. LIMA, A M C- *Ciência, Arte & medicina: Redescobertas de Ludwik Fleck*. – Trabalho de conclusão de disciplina do PPGE/ CED/ UFSC, Florianópolis, 1999, mimeografado
62. LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Dordercht: Reidel, 1990
63. ———. *Ludwik Fleck on the social construction of medical knowledge*, In: *Sociology of Health and Illness* no2- 1988 ISSN0141-9889
64. ——— *The Scientific roots of constructivist epistemologies: Hélène Metzger and Ludwik Fleck* Ed. CORPUS, Revue de Philosophie, Paris, 1988.
65. MACCARI, D.L.C.- *Gestação na Adolescência, análise dos fatores envolvidos na falha de prevenção*- Trabalho de conclusão do curso de medicina, UFSC, Florianópolis, 1999- mimeografado

66. MARGULIS, L. – *Big Trouble in Biology*. In : MARGULIS, L. e SAGAN, D. *Slanted Truths*. Copernicus, New York, 1997
67. MARX, K & ENGELS, F. – *A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach*, S. Paulo, Ed. Moraes, 1984
68. MASCARENHAS, R. S. & FREITAS, A. V. – *Contribuição ao estudo da história do ensino de educação sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP*. In *Arq. Fac. Hig. Saúde Pública – USP* 13 (1) –1959
69. MASTERMAN, M. – *A natureza do paradigma*- In : LAKATOS, I. e MUSGRAVE, A. ; *A Crítica e o desenvolvimento do conhecimento*. S. Paulo, EDUSP, 1970
70. MATUS, C. – *Planificación en situaciones de poder compartido*, Caracas, 1981, mimeografado
71. MC MAHON, B. & PUGH, TF- *Principios y metodos de epidemiologia*- La Prensa Médica Mexicana, México, 1976
72. MEC- Ministério de Educação e Cultura. *Documentos de Ensino Médico* – 3ª ed. MEC- Brasília-1989
73. MENDES, E.V. *A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa, e na tecnologia médica* PUC/ FINEP- Belo Horizonte- 1985
74. MIETTIENEN, O – *Theoretical epidemiology: principles of occurrence research in medicine*- New York, John Wiley, 1985
75. MINAYO, M.C.S. *O desafio do Conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*- Tese de Doutorado- ENSP-FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 1989
76. MINAYO, M.C.S.- *Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia*- In: *Saúde e Sociedade* V.3, N0 2 –APSP, São Paulo, 1994
77. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de incentivo à transformação do ensino superior em saúde*- RH SUS- Min. Saúde- 1999
78. MINISTÉRIO DA SAÚDE-*Guia do Acervo* - Casa de Oswaldo Cruz- Ministério da Saúde- Fiocruz-1995
79. MINISTÉRIO DA SAÚDE- *Promoção da Saúde- Carta de Ottawa*- Brasília, 1996

80. NAVARRO, V. – *Ideologia y ciência*. In *Union Nacional de Médicos* ano II, n 6 , México- 1981
81. NESCO- *Revista Espaço para Saúde. Íntegra do Relatório Final da 8ª CNS-* Revista do NESCO, ano 1 No 0, Curitiba
82. NUNES, E. D. – *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina- Tendências e Perspectivas-* OPAS- 1985
83. ———. *Trayectoria de la medicina social en America Latina: elementos para sua configuración*. In FRANCO et alli- *Debates en medicina social*. Quito. OPS/ALAMES, 1991.
84. ———. *Henry Ernest Sigerist- Pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica* In: *Revista Educación médica y salud-* vol.26 No 1 – Janeiro/ março 1992- OPAS/ OMS
85. NUNES, E. D. – *Juan Cesar Garcia- Pensamento Social em Saúde na América Latina-* Cortez Editora/ ABRASCO- 1989
86. NUSBAUM, H. *The Importance of Philosophical Training for Physicians.*[1898] IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1990
87. OLIVEIRA, A . – *Limites e Perspectivas dos conselhos locais de saúde-* Projeto de dissertação de mestrado em saúde pública, PG. SPB / UFSC, 2000
88. OPAS/ OMS/ FEPAPEM- *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica-* Edimburgo, Escócia- Agosto de 1993.
89. OPAS/ OMS- *Formulacion de Políticas de Salud-* 1975- mimeografado
90. OPAS/ OMS- *Lo Biologico y lo Social-* 1994, Washington, EUA
91. OPAS/ OMS- *Desafios para la educacion en Salud Publica-* Junho de 2000, Washington, EUA
92. ORNELLAS, C. P. – *Educação em Saúde. : prática sanitária ou instrumento de ação ideológica-* D- ENSP- 1981
93. PAIM, J.S & ALMEIDA FILHO, N. – *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* In: *Rev. Saúde Pública*, 32 (4) 299-316, 1998

94. PEREIRA, G. S. – *O profissional da saúde e a educação em saúde: representações de uma prática.* –Dissertação de mestrado- ENSP- 1993
95. RIBEIRO, M.A R. *História sem fim...Inventário da saúde pública –São Paulo- 1880-1930.* São Paulo, Ed.Unesp, 1993.
96. RIVERA, F. J. U.- *Os determinantes históricos do planejamento em saúde na América Latina-* Tese de mestrado- IMS/UERJ- 1982
97. ROBERT-DICTIONNAIRE ILLUSTRÉ DES NOMS PROPRES: *Le Petit Robert,* Ed. Dictionnaires le Robert, Paris, 1995
98. RODRIGUEZ, M.I. *Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en educación médica-* Documento apresentado no Encontro Continental de Educação Médica. Punta del Este, Uruguai- outubro de 1994
99. ROSEN, G. *Da Polícia Médica a Medicina Social :* Ed. Graal, R.Janeiro, 1980
100. ———. *Uma História da Saúde Pública-* Ed. Unesp- 1994
101. ROTENSTREICH, N : *The proto-ideas and their aftermath.* In : COHEN, R e SCHNELLE, T *Cognition and Fact,* D.Reidel Publishing Company, Holland, 1986
102. ROUQUAYROL, M. Z.- *Epidemiologia e Saúde-* 4ª ed. MEDSI, S. Paulo, 1994
103. SANGINÉS, A.G. - *El proceso Salud- enfermedad como proceso dialéctico-* In *Union Nacional de Médicos-* ano II, n 7, México- 1981
104. SCHÄFER, L. und SCHNELLE T. *Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie.* In: Fleck, L. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle). Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994, p. VII-XLIX.
105. SCHNELLE, T. *Ludwik Fleck and the Philosophy of Lwow.* In: COHEN, R. & SCHNELLE, T. *Cognition and Fact.* Dordercht: Reidel, 1986
106. SCHNELLE, T e SCHAFFER, L. *Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría da la Ciencia.* In: FLECK, L. *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico,* Madrid, Alianza Editorial S.A, 1986

107. SOUZA, A. S. *A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde*. In: Revista de APS:U.F. Juiz de Fora, M. Gerais. ano 2, N 2, março a junho de 1999
108. SZUMOSKI, W. *A Few Words on the Polish Medico- Philosophical School [1917]* IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1990
109. TESTA, M. *Pensar en salud* – Lugar Editorial- Buenos Aires-1993
110. ————. *Saber en salud- La construcción del conocimiento-* Lugar Editorial- Buenos Aires- 1997
111. TRZEBINSKI, S. *Rationality and « Rationalism »in Medicine [1925]* IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1990.
112. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Saúde pública: teses* , vol I 1948-71, vol. II 1972-81, vol. III 1982-85, vol. V 1989-1992 São Paulo, Serviço de biblioteca e documentação, 1993.
113. VASCONCELLOS, M. P. C. – *Memória da Saúde Pública- a fotografia como testemunha-* Ed. Hucitec/ ABRASCO – SP/RJ- 1995
114. WAITZKIN, H. – *La explotación de la enfermedad en las formaciones capitalistas*. Ed. Nueva Imagen – México- 1981
115. WAITZKIN, H. *A Marxist view of medical care*. *Ann.Intern.Med.*, Philadelphia, n.89, p.264-278, 1978. Traduzido em forma de apostila, sem data.
116. WRZOSEK, A. *Trends in Contemporary Medicine [1900]* IN : LOWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicine*. Kluwer Ac. Publis. Netherland, 1990
117. YUNES, J. & CAMPOS, O. - *O papel da saúde pública na formação de recursos humanos para saúde* . In *Revista de Saúde Pública* -n 18 (2-60)- S.Paulo- 1984

Relação das Teses(T) e Dissertações(D) Selecionadas

1. ANDRADE, J. – *A doença no ciclo gravídico-puerperal*- T-FSP- 1981
2. ARTMANN, E. – *O Planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa.*- D-ENSP- 1993
3. BARATA, J.M.S.- *Aspectos morfológicos de ovos do gênero Rhodnius Stal, 1859 (heteroptera, Reduviidae) e sua importância na identificação específica*- T- FSP- 1979
4. BARBOSA, R. H. S. – *AIDS e Gênero: as mulheres de uma comunidade favelada.*- D- ENSP- 1993
5. BASTIAN, E.M. – *Estudo sobre acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre, RS.* -T -Livre- Docência – FSP- 1979
6. BELLOUOMINI, M. – *Contribuição da educação para saúde nos programas de luta contra a tuberculose* -D- FSP –1975
7. BRÓLIO, R.- *Controle de duas epidemias de tuberculose em crianças menores de 5 anos de idade vacinadas com BCG oral, ocorridas nos anos de 1967 e 1969, numa creche no município de São Paulo*- T- FSP- 1972
8. CAMPOS, F.E.- *Resolutividade: uma aproximação a avaliação qualitativa dos serviços de saúde*- T- ENSP-1988
9. CANDEIAS, N. M. F.- *Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional*- T – FSP- 1979
10. CARDOSO, M.R.A – *Comparação entre três métodos de amostragem que visam à estimação da cobertura vacinal.* D- FSP- 1990
11. CARVALHO, J.P.P- *Subsídios para o estudo da administração dos serviços de laboratório de saúde pública no Brasil* – T- Livre-Docência- FSP- 1979
12. CARVALHO, L.F. – *Centro de Reabilitação: casa do paraplégico*- T- Livre- Docência- FSP- 1960

13. CASTIEL, L.D.- *O Buraco e o avestruz: ensaios sobre a singularidade do adoecer humano: uma crítica a epidemiologia moderna*- T- ENSP- 1993
14. CAVALCANTI, M. L. T.- *Concepções de identidade feminina entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em Angra dos Reis*- D- ENSP- 1994
15. CERTAIN, D. A – *Da atuação do dispensário de tuberculose da Faculdade de Higiene e Saúde Pública sobre o grupo etário de 0-2 anos, desde 1938 a dezembro de 1947 (10 anos) : estudo social das 241 famílias do grupo de 0-1 ano*- T- Livre-Docência- FSP- 1948
16. FERNANDES, A . M. D. – *Rompendo com a produção de uma doença que não dói: a experiência de alfabetização em Nova Holanda*- D- ENSP-1983
17. FORATTINNI, O .P- *Algumas observações sobre biologia de flebótomos (Diptera, Psychodidae) em região da bacia do rio Paraná (Brasil) – T- Livre-Docência- FSP- 1954*
18. FORATTINNI , O P. – *Investigações sobre focos naturais de arbovírus*- T- Cátedra- FSP- 1966
19. GANDRA, Y.- *Contribuição para o conhecimento do teor de fluor de águas do Estado de São Paulo: significação sanitária do problema*- T- Livre-Docência- FSP- 1951
20. GANDRA, Y.- *Contribuição para o estudo do bócio endêmico no Estado de São Paulo*- T- Cátedra- FSP- 1964
21. GIOVANELLA, L. – *Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa*- D- ENSP- 1989
22. GOMES, A . C –*Observações ecológicas sobre Psychodopygus intermedius no Vale da Ribeira, Estado de São Paulo, Brasil*- T- FSP- 1979
23. GONZALEZ PÉREZ DE MORELL, M.G.- *Estudo da mortalidade intra-uterina em São Paulo*- T- FSP- 1992
24. GOULART, F.A . A . – *Política e instituições de saúde: o vivido, o percebido, eo representado*.- D- ENSP- 1992
25. IONEDA, T. – *Atividade juvenilizante de alguns análogos do hormônio juvenil derivados de N-Geranylalanina sobre Oncopeltus fasciatus (Dallas) . – D- 1980*

26. JUAREZ, E. – *Comportamento do Triatoma infestans sob várias condições de laboratório*- T- FSP- 1970
27. KAKITANI, I. – *Observações preliminares sobre a paridade de Anopheles(Kerteszia) cruzii*- D- FSP- 1992
28. LATORRE, M. R. D. O - *Mortalidade como preditor da morbidade.* -D- FSP- 1992
29. LAURENTI, R. – *Causas Múltiplas de Morte*- T- Livre Docência- FSP- 1973
30. LOFREDO, L.C.M- *Estudo sobre as curvas de mortalidade proporcional de Nelson de Moraes.* – D – FSP- 1979
31. LEBRÃO, M. L- *Morbidade hospitalar no Vale do Paraíba- 1975*- T- FSP- 1982
32. MARCONDES, R.S. – *O preparo da professora primária em educação sanitária.* T- Livre- Docência- FSP- 1968
33. MASCARENHAS, R.S. – *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*- T- Livre-Docência – FSP- 1949
34. MEDRONHO, R. A. - *A geografia do dengue no município do Rio de Janeiro: uma análise por geoprocessamento.*- D- ENSP- 1993
35. MINAYO, M. C. S.- *O Desafio do Conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde.*- T- ENSP- 1989
36. MONTEIRO FILHO, A. J. – *Estudo do aspecto físico de internações em hospital geral*- T- FSP- 1972
37. ESCOREL, S. M. - *Reviravolta na saúde: origem e articulação de movimento sanitário*- D- ENSP- 1987
38. NIERO, R. – *Laboratórios de bacteriologia da tuberculose: subsídios para a implantação de uma rede no Estado de São Paulo.* – D – FSP- 1975
39. NOGUEIRA, D. P.- *Serviços médicos de empresas industriais no município de São Paulo*- T- FSP- 1967
40. OLIVEIRA, W. E. – *Saneamento e Planificação*- T- Cátedra- FSP- 1964
41. ORNELLAS, C. P. – *Educação em Saúde : prática sanitária ou instrumento de ação ideológica*- D- ENSP- 1981
42. OSANAI, M. W. – *Fatores de risco de câncer de mama em pacientes do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro: 1976-1977.*- D- ENSP- 1984

43. PAIM, G.V. – *Perdas econômicas devido à cisticercose animal. (dados relativos ao Estado de São Paulo, Brasil)- T- FSP- 1968*
44. PATOLLI, D. B. G. – *Caracterização em Hamster, de leishmanias tegumentares de área enzootica do Estado de São Paulo, Brasil.- T- FSP-1972*
45. PASTOR, M. V. A. - *A imprensa nacional e a questão da saúde: um estudo de caso- D- ENSP- 1982*
46. PEDROSO, O . P.- *Hospital “Dona Carolina Malheiros”: um hospital de comunidade- T- Cátedra- FSP- 1959 ;*
47. PEREIRA, G. S. – *O profissional da saúde e a educação em saúde: representações de uma prática. –D- ENSP- 1993*
48. PINHEIRO, A . B. – *As marmitas da pobreza: um estudo de caso com trabalhadores da construção civil- D- ENSP- 1987*
49. POSE, S. B. – *Avaliação das condições de saúde bucal dos índios xavante do Brasil Central.- D- ENSP- 1993*
50. POSSAS, C. A. - *Padrões epidemiológicos e política de saúde no Brasil- T- ENSP- 1988*
51. RIBEIRO, P. T. – *A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975- 1978- D- ENSP- 1991*
52. ROCHA, G. C. M. – *Serviços médicos de empresas de São Luiz, MA, com mais de 100 empregados.- D- FSP- 1984*
53. RONCADA, M.J.- *Níveis séricos de vitamina A e caroteno em trânsito pela Central de triagem e encaminhamento (CETREN) na capital do Estado de São Paulo- T- FSP-1972*
54. SABROZA, P. C. – *O domicílio como fator de risco na leishmaniose tegumentar. D- ENSP- 1981*
55. SAID, R. V. A – *A percepção popular da leishmaniose tegumentar americana : estudo sociológico junto à famílias de baixa renda da localidade do Pau da Fome (Jacarepaguá, RJ)- D- ENSP- 1984*
56. SANTOS, E. M. – *Frutos anônimos da exploração: o caso dos acidentes e intoxicações dos trabalhadores do abacaxi em Sapé, Paraíba.- D- ENSP- 1985*

57. SANTOS, J.L.F. – *Contribuição para o tratamento estocástico de tábua de sobrevivência e suas aplicações*- T- FSP-1972
58. SANTOS, O . O . – *Conhecimento atual sobre técnicas de determinação do hábito alimentar de artrópodes vetores*- D- FSP- 1990
59. SCHOCHI, M. J. – *Contribuição ao estudo da prática dos trabalhadores em saúde: análise de caso de um centro de saúde de Ribeirão Preto, SP*- D- ENSP- 1989
60. SCHOR, N. – *Aborto como questão de saúde pública: estudo da demanda de mulheres que recorreram ao hospital por complicações do aborto.* – T-FSP- 1984
61. SCHRAMM, F. R. – *A terceira margem da saúde: a ética natural. Complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*- T- ENSP- 1993
62. SILVA, E.P. C. – *Eficiência da amostragem por conglomerados: uso da taxa de eclosão e do período de incubação de ovos de *Tritoma infestans**- T- FSP- 1972
63. SOARES, E. L. – *Educação em saúde bucal nas escolas estaduais do 1º grau do município de São Paulo*- T- FSP- 1988
64. SOUZA, D.- *Estudo da infecção de leptospirose humana em coabitantes de casos ocorridos no Vale do Rio Aricanduva, no município de São Paulo, 1983*- T- FSP- 1983
65. SOUZA, J. M. P. – *Análise de metodologia em estudos epidemiológicos de câncer: comparações de técnicas probabilísticas*- T- Livre-Docência –FSP- 1984
66. SPÍNOLA, A.W.P.- *Aspectos sociais do comportamento alimentar de adultos*- T- Livre-Docência- FSP- 1974
67. STOTZ, E. N. – *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*- T- ENSP- 1991
68. TEIXEIRA, M. J. O . - *A vigilância epidemiológica e o controle público em tempos de SUS: a fala dos profissionais e usuários organizados da região da Leopoldina.*- D- ENSP- 1994
69. TINÔCO, A. F.- *Contribuição para o estudo dos serviços estaduais de saúde pública do Rio Grande do Norte*- T- FSP- 1972

70. URIBE MERINO, J. F. – *La racionalidad de la cura: mito y simbolo en la terapeutica moderna*- D- ENSP- 1990
71. URIBE RIVERA, F. J.- *O agir comunicativo e a planificação estratégica no setor social (e sanitário): um contraponto teórico*- T- ENSP- 1991
72. VIEGAS, A . R.- *Índice simplificado para estimar a prevalência de cárie dental em crianças de 7 a 12 anos de idade*- T- Cátedra- FSP- 1968