



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

HENRIQUE SATER DE ANDRADE

SUBJETIVIDADE EM RISCO: CLÍNICA CENTRADA NA PESSOA, PREVENÇÃO
QUATERNÁRIA E A PRÁTICA MÉDICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
NEOLIBERALISMO

CAMPINAS

2021

HENRIQUE SATER DE ANDRADE

SUBJETIVIDADE EM RISCO: CLÍNICA CENTRADA NA PESSOA, PREVENÇÃO
QUATERNÁRIA E A PRÁTICA MÉDICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
NEOLIBERALISMO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva,
na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em
Saúde.

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR SÉRGIO RESENDE CARVALHO

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO HENRIQUE SATER
DE ANDRADE, E ORIENTADA PELO PROF. DR. SÉRGIO
RESENDE CARVALHO.

CAMPINAS

2021

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

An24s Andrade, Henrique Sater de, 1989-
Subjetividade em risco : clínica centrada na pessoa, prevenção quaternária e a prática médica da atenção primária à saúde no neoliberalismo / Henrique Sater de Andrade. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Sergio Resende Carvalho.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Assistência centrada no paciente. 3. Risco. I. Carvalho, Sergio Resende, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Subjectivity at risk : person-centered clinical method, quaternary prevention and the medical practice of primary health care in neoliberalism

Palavras-chave em inglês:

Primary health care

Patient-centered care

Risk

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sergio Resende Carvalho [Orientador]

Sandra Caponi

Luis David Castiel

Luciano Bezerra Gomes

Gastão Wagner de Souza Campos

Data de defesa: 31-05-2021

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(s) aluno(s)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-9847-3663>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6769406837398679>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

HENRIQUE SATER DE ANDRADE

ORIENTADOR: PROF. DR. SERGIO RESENDE CARVALHO

MEMBROS

1. Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho (Unicamp)
2. Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos (Unicamp)
3. Profa. Dra. Sandra Caponi (UFSC)
4. Prof. Dr. Luis David Castiel (Fiocruz)
5. Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes (UFPB)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

A ata da defesa encontra-se no SIGA-Sistema de Fluxo de Dissertação-Tese e na Secretaria
do Programa da Unidade

Data da defesa: 31.5.2021

À Cathana, ao João,
pelas faceirices...

Agradecimentos

Às colegas do grupo de pesquisa, pelas provocações e puxões de orelha;

ao orientador, pela corpulência generosa e invergável;

às amizades, pelas prosas inspiradoras;

à família, pelo apoio e curiosidade;

e a todas e todos que cruzaram o caminho e deixaram uma marca nesse texto.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 (agradecimento conforme Portaria da CAPES nº 206).

“Dos dez grandes dramaturgos de que Aristóteles falou nem uma peça resta. Nem uma linha. Temos Eurípides, Ésquilo, Sófocles, que Aristóteles omitiu: parece que dava mais importância aos outros, não há certeza de espécie alguma a esse respeito. De Safo sobrevivem meia dúzia de palavras.

(...)

Ao fim e ao cabo esboçamos apenas uns riscos. (...) o tempo apagará para sempre o que fomos até não termos sido nada. E as palavras que deixarei são provisórias como todas as palavras que se pronunciaram no mundo.”

António Lobo Antunes

RESUMO

Trata-se de investigação crítica da Atenção Primária à Saúde no neoliberalismo. Realizamos uma genealogia dos discursos em torno da subjetividade e do risco, a partir de dois dispositivos de gestão da subjetividade e do risco ligados ao arcabouço internacional da medicina de família, o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Prevenção Quaternária, e entrevistas com autoras e autores dessas ferramentas e de reflexões sobre o governo neoliberal do Estado e da saúde. Reconhecendo o papel da Atenção Primária para a qualificação e universalização dos sistemas públicos de saúde, apontamos como práticas consideradas racionais e científicas podem reproduzir modelos reduzidos e empresariais de subjetividade e risco e a necessidade de inventar outras biopolíticas antineoliberais, mais abertas à diferença e ao cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Cuidado Centrado no Paciente; Risco

ABSTRACT

This is a critical investigation around Primary Health Care in neoliberalism. We made a genealogy of the speeches about the production of subjectivity and risk, from two subjectivity and risk management devices linked to the international framework of family medicine, the Person-Centered Clinical Method and Quaternary Prevention, and interviews with thinkers of these tools and of neoliberal government of the State and health. Recognizing the role of Primary Care for the qualification and universalization of public health systems, we point out how practices considered rational and scientific can reproduce reduced and entrepreneurial models of subjectivity and risk and the need to invent other anti-neoliberal biopolitics, more open to difference and care.

Keywords: Primary Health Care, Patient-Centered Care; Risk

SUMÁRIO

1.	Apresentação	11
2.	Percursos da investigação	18
3.	Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde	30
4.	Clínica centrada na pessoa e o governo da subjetividade.....	48
5.	Prevenção quaternária e os riscos do risco	70
6.	Questões para uma APS antineoliberal	98
7.	Referências bibliográficas	109
8.	Anexos	120
8.1	Roteiro inicial das entrevistas	120
8.2	Entrevista - Moira Stewart.....	122
8.3	Entrevista Judith Belle Brown	131
8.4	Entrevista David Armstrong	136
8.5	Entrevista Marc Jamouille	145

1. Apresentação

*“eu quero meu rádio de pilha ligado
no mesmo segundo em quatro estações (...)
não quero essa boca jorrando pra dentro
palavras e gritos e berros de luz”*

Alceu Valença - Pontos cardeais

A qualificação dos sistemas de saúde vem sendo defendida por um discurso quase que uníssono, no Brasil e no mundo, em defesa da Atenção Primária à Saúde (APS) e do cuidado individual, familiar e comunitário realizado por médicos de família e generalistas para a qualificação dos sistemas de saúde(1–3).

Esta APS é apresentada tanto como uma resposta mais racional e eficaz da organização dos serviços, quanto como um resgate de um sentido mais “integral” e “humanizado” da prática clínica, em contraposição a uma medicina hospitalar especializada, fragmentada e tecnológica¹. Sua história é geralmente contada a partir de dois marcos e lugares específicos: 1920 no Reino Unido, com o Relatório Dawson, apontado como pioneiro na formulação do conceito de uma rede hierarquizada e territorial e 1978 no Cazaquistão, território naquele momento da União Soviética, com a Conferência de Alma Ata, mostrando a abrangência internacional e política dos cuidados primários à saúde no desenvolvimento econômico e social dos países.

¹ Vale ressaltar as diferentes leituras críticas sobre a terminologia e as tensões em torno de uma atenção “primitiva” e focalizada na saúde, especialmente na medicina social latino-americana (4,5). Durante o mestrado, faço uma discussão em torno de diferentes marcos e histórias da APS pelo mundo, que envolve experiências desde o século XIX, fugindo de uma história linear em torno de marcos e experiências históricas exclusivamente do Estado de Bem-Estar Social europeu (6).

Relata os modelos de sistemas nacionais de saúde, iniciadas no século passado e possíveis por meio de Estados de bem-estar social e, com menos destaque, experiências resultantes da efervescência social e política na América Latina. Descrita como uma porta de entrada no sistema para todas as necessidades e problemas dos indivíduos e comunidades e que centra sua atenção na pessoa (e não na doença), ela é vista como capaz de resolver a maior parte das situações clínicas e coordenar o cuidado em relação aos demais serviços e níveis de atenção. Deve abordar os problemas mais comuns na comunidade; oferecer ações de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar e integrar o cuidado quando há mais de um problema de saúde; lidar com o contexto no qual a doença existe; influenciar a resposta das pessoas a seus problemas de saúde; e racionalizar os recursos da prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

A descrição técnico-normativa aqui enunciada acaba, de forma geral, afirmando cientificamente que a existência da APS universal, integral e qualificada “faz bem à saúde”, que os sistemas de saúde funcionam melhor onde há mais médicos de atenção primária e que as pessoas que recebem esse tipo de atendimento são mais saudáveis (1,2,7).

Esta APS, com marcos históricos claros e um conjunto de práticas e tecnologias pré-definidos, será o ponto de partida da presente pesquisa. Seguindo a trilha da dissertação de mestrado (6,8), na qual analisei a formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, busco investigar criticamente diferentes discursos e instrumentos ligados à clínica na APS, tentando romper com linearidades históricas e definições normativas e cristalizadas.

A constituição de serviços primários e territoriais, catalogada como APS a partir da década de 1960, será vista imbricada às formas de observar, monitorar e intervir sobre a vida, a saúde, os processos de adoecimento e a subjetividade dos indivíduos e da população. Sua organização recria e desloca o “corpo-doença-lesão” da Medicina Hospitalar para um domínio mais amplo, que engloba pessoas não-doentes, fatores de risco e relações familiares e comunitárias. Há um remapeamento dos espaços da enfermidade, colocando como questão permanente a normalidade e o desvio patológico para além do corpo individual, incluindo o comportamento, o ambiente e a população como um todo (9–11).

Nesse sentido, a APS liga-se à medicalização social, entendida não apenas como fonte de disciplina e norma, mas como uma ampliação disseminada das práticas em saúde que têm configurado nossos regimes éticos, nossas relações com nós mesmos e os julgamentos do tipo

de pessoas que queremos ser e as vidas que queremos levar. Sem imaginar uma unidade epistemológica ou técnico-política, buscaremos pensar as práticas da APS a partir de suas relações e efeitos de poder no corpo social (12,13).

Entendemos o poder não apenas em sua dimensão negativa de controle e repressão; mas em sua rede móvel e permanente de relações produtivas; mais do que decretos de lei, normativas, protocolos e diretrizes, buscaremos observar o exercício do poder intrínseco à teia dos procedimentos permanentes e mutáveis de cálculo, experimento e avaliação e de administração e de governo da conduta individual e coletiva. Permeando todo o corpo social, a construção de valores ligados à saúde, à doença, ao cuidado e à normalidade escapam do domínio estrito dos profissionais de saúde e vão agir sobre as escolhas (conscientes e inconscientes) dos indivíduos em relação a eles mesmos e aos outros.

Esse princípio metodológico lança olhar para práticas de governo, onde o exercício de poder é pensado e racionalizado, e procura identificar as conexões necessárias para que uma determinada ação de governo possa ser justificada por um determinado conhecimento. Ou seja, sob quais argumentos científicos e verdadeiros tais procedimentos tornam-se válidos e necessários e compõem um campo de fabricação de verdades e domínios possíveis de intervenção, regulação e governo. Tal perspectiva aproxima-se de uma postura “construcionista”, que toma os conceitos - sejam científicos ou filosóficos - não como elementos de representação da realidade em busca da verdade; mas busca historicizar a emergência, a operabilidade e os efeitos dos conceitos e da racionalização sobre as relações sociais de poder. Partimos, assim, da impossibilidade de existência de conceitos “neutros” que refletissem verdadeiramente o real e da premissa de que o conhecimento e a verdade interferem e modificam como experienciamos a realidade.

Tomaremos como disparadores da análise instrumentos e tentativas de qualificar e reformar a realidade da APS, de torná-la mais adequada e mais efetiva e de reorganizar as práticas em um sentido considerado mais racional, efetivo, verdadeiro e científico. Tentamos entender aqui a APS, e a prática médica em geral, não como arranjos técnico-políticos produzidos e finalizados a partir de uma necessidade histórica, mas a partir do regime de práticas e dos múltiplos elementos, relações e domínios de saber e poder que tornaram esse evento inteligível, racionalizável e executável.

Ao invés de ver a APS em uma aparente indispensabilidade, nossas reflexões convidam a sacudir essas auto evidências cristalizadas e mostrar a frágil e breve contingência histórica dos nossos instrumentos e estratégias de saúde. E, enfim, demonstrar que muitas das coisas que consideramos óbvias e necessárias para a vida social (a prisão, o hospital, a psiquiatria e, na tese em questão, a APS) e naturais (fatores de risco, comportamentos e modelos de família, comunidade e subjetividade considerados saudáveis) têm uma história genealógica específica e precisam ser pensados como efeitos e regimes de verdade e poder no corpo social. Ou seja, desejamos colocar questões sobre propostas e instrumentos ligados especialmente saber médico e ao ideário internacional da medicina de família e considerados produtores de uma prática em saúde mais racional, eficaz e humana. Ferramentas, nesse sentido, críticas à medicalização e capazes de ampliar a autonomia e calcular e diminuir os dados de intervenções consideradas excessivas ou inadequadas.

Não se trata, é claro, de desconsiderar que há práticas em saúde mais e menos iatrogênicas, repressivas e reprodutoras do complexo médico-industrial (12,14). Mas teremos aqui como plano discutir como diferentes instrumentos da saúde ligados à Atenção Primária no neoliberalismo modificam nossas práticas de governo de si e dos outros, fabricando permanentemente uma “subjetividade em risco” e formas específicas de sofrimento e adoecimento e também de assistência clínica.

Serão centrais para o desenvolvimento desta tese a ideia de um trabalho crítico e governamental. Crítico, como discutiremos adiante, como um percurso de reconhecimento e questionamento das normatividades e regimes de verdade e de poder que regem nossas aspirações e práticas sociais, e impedem o próprio reconhecimento e desenvolvimento de outras formas de agir e viver. Em relação ao campo metodológico, questionamento também dos modos que temos construído nossos objetos e questões de investigação, buscando caminhos que não podem mais ser resolvidos com as mesmas definições, instrumentos e perguntas de pesquisa.

Governamental, uma vez que analisaremos as racionalidades de governo e, de forma geral, a biopolítica enquanto estratégias de administração calculada da vida e de populações para pensar a APS e seus diferentes instrumentos e discursos. Como as famílias de uma população vivem, sob quais condições, como adoecem, que tipo de trabalhos exercem, a que riscos estão expostas; é em torno desse conjunto de problematizações as quais a APS tem papel relevante e visa administrar o corpo social em torno da ideia de normalidade e de conservação da ordem econômica, política e social. São estas reflexões, aqui apresentadas ainda de forma

inicial, que vem subsidiando parte significativa das investigações realizadas no último período por nosso grupo de pesquisa e que inauguram o ponto de abertura da presente pesquisa.

Nesse sentido, buscamos observar a APS no contexto do neoliberalismo, aqui não como um esvaziamento ou oposição ao Estado, mas como uma racionalidade de governo que fabrica formas específicas de verdade e subjetividade, a partir de uma racionalidade empresarial e individual de saúde, normalidade e risco. Este deslocamento da saúde para o âmbito da autonomia individual e regido por uma lógica empreendedora transforma o adoecimento como uma escolha individual e moral, separando os saudáveis, cidadãos responsáveis, dos doentes, irresponsáveis e custosos economicamente para a sociedade.

Durante o mestrado, realizamos uma análise crítica sobre a formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade. Investigamos essa formação analisando as relações de sua história com a da Saúde Coletiva brasileira, da Medicina Comunitária e de diferentes experiências da Atenção Básica brasileira e realizando entrevistas com personagens vinculados à sua emergência enquanto campo teórico-científico. Foi apontado como parte do campo da medicina de família no Brasil, através principalmente de sua sociedade científica, e sua afirmação como especialidade médica vem apresentando dubiedades no que se refere às pautas históricas do movimento sanitário e na defesa de um sistema de saúde público, universal e antiprivatista. Além disso, observamos o crescimento de sua influência no setor suplementar de saúde, com a especialidade sendo publicamente defendida por grandes planos de saúde como um modelo de formação e atenção mais racional, qualificado e custo-efetivo (8).

Iniciamos também um debate crítico em torno da temática da medicalização e especialmente a partir do uso de instrumentos clínicos específicos ligados à subjetividade e ao risco que este campo científico da medicina de família no Brasil preconiza. Em seus documentos oficiais, artigos científicos, livros didáticos e durante as entrevistas realizadas com médicos vinculados à Sociedade Brasileira de MFC, a medicalização também aparece associada quase que exclusivamente à prática médica hospitalar e especializada; fragmentada, hipermedicalizante e iatrogênica; centrada na doença e desumanizada. Como resposta a tais efeitos deletérios da medicalização, evocavam o papel da APS e especificamente do médico de família, utilizando dois instrumentos específicos da própria APS: o Método Clínico Centrado

na Pessoa (MCCP) e da Prevenção Quaternária (P4) e com uma prática guiada pela Medicina Baseada em Evidências.

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) apresenta-se como uma abordagem biopsicossocial crítica ao paradigma biomédico e hospitalar “centrado na doença”. Proposto originalmente por formuladores canadenses do campo da medicina de família e situado no plano internacional da APS, o método busca explorar as principais razões do paciente para a visita, preocupações e necessidade de informações; procurar uma compreensão integrada do mundo do paciente; localizar uma base comum sobre qual é o problema e concordar mutuamente sobre a gestão do cuidado; qualificar a prevenção e promoção da saúde; e aprimorar a relação entre o paciente e o profissional de saúde (15).

A Prevenção Quaternária (P4) anuncia como objetivo responder de forma objetiva à excessiva intervenção e medicalização na prática clínica, tanto nas práticas diagnósticas quanto terapêuticas, buscando detectar indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (16,17).

Depois da discussão da emergência histórica da Medicina de Família e Comunidade no Brasil feita na dissertação, sentimos necessidade de continuar este diálogo em uma tese de doutorado. De um lado, observávamos no campo discursivo tanto da medicina familiar internacional quanto da Saúde Coletiva brasileira, a defesa de uma prática clínica que incluísse a subjetividade, o sujeito, a pessoa e os cálculos dos riscos excessivos, em nome de uma clínica mais eficaz e efetiva e menos medicalizada. De outro, nosso grupo de pesquisa estava cada vez mais inserido em debates e interlocuções através de entrevistas, artigos e livros publicados com autores críticos do campo da saúde, que viam com ceticismo o uso indiscriminado do conceito da medicalização e aprofundavam os paradoxos e as conexões intrínsecas entre o risco, a subjetividade e o governo da conduta neoliberal.

A presente pesquisa quer habitar essa encruzilhada entre leituras dominantes da APS nacional e internacional, apresentadas como racionalmente eficazes, científicas e validadas por métodos baseados em evidências, e leituras críticas sobre o campo da saúde, da subjetividade e do risco que interrogam tais práticas, ferramentas e conceitos. Tentaremos desnaturalizar os discursos em torno desses instrumentos e observá-los à luz das relações de poder, do exercício do governo e das racionalidades políticas que os circunscrevem.

A tese está dividida em cinco textos que buscaram mais o formato de ensaios independentes do que uma continuidade temática em torno de um único objeto. Trechos desses capítulos já estão publicado em formato de livro ou artigo (18–20). Iniciamos como uma apresentação metodológica sobre a crítica e a genealogia para propor uma análise de discursos em torno da APS. Em seguida, realizamos um debate aprofundado sobre leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. A partir daí, discutimos especificamente dois dispositivos clínicos da Atenção Primária, já aqui enunciados, o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Prevenção Quaternária, a partir de debates críticos em torno da subjetividade, do risco e das evidências científicas. Por fim, reservamos um capítulo final que não pretende concluir as reflexões aqui iniciadas, mas reunir as questões que foram discutidas durante o percurso e apresentar novas indagações para pensar e produzir uma APS antineoliberal no momento atual.

É sempre importante reforçar que não se trata aqui de uma desvalorização da importância da Atenção Primária para a história do SUS, fundamentais para a ampliação do acesso à saúde pública e a direitos sociais de milhões de brasileiros. Para além de um percurso teórico-conceitual sobre elementos e dispositivos da APS, as reflexões que aqui apresento são fruto do encontro entre a investigação com uma série de trabalhadores e defensores do SUS e uma trajetória de produção cotidiana do cuidado e da gestão em equipes vinculadas à Atenção Básica e diferentes usos dos seus dispositivos e ferramentas.

Vivemos um contexto de retrocessos sociais e de enfraquecimento de políticas públicas, marcado cada vez mais por uma desregulação econômica e uma hiper-regulação e responsabilização da vida individual. Defender o SUS, nesse sentido, exige também a atualização das nossas formas de pensar e agir em relação aos dispositivos no campo da saúde e ao próprio papel do Estado, crescentemente capturados por uma racionalidade neoliberal. O objetivo da tese é, dessa forma, percorrer caminhos de resistência a uma APS que reduz a vidas ao cálculo empresarial do risco e da subjetividade; e seja capaz de localizar novos regimes de verdade em torno da clínica, da saúde e das infinitas possibilidades de existência.

2. Percursos da investigação

*“não me peça que lhe faça uma canção como se deve
correta, branca, suave, muito limpa, muito leve
sons, palavras são navalhas
e eu não posso cantar como convém
sem querer ferir ninguém”*

Belchior – Apenas um rapaz latino-americano

Possibilidades da crítica

Pretendemos realizar uma análise crítica de diferentes discursos e ferramentas ligados à Atenção Primária. A ideia de crítica aqui aparece não em tomar seus usos e formulações como algo essencialmente “bom” ou “ruim”, “verdadeiro” ou “falso”, “legítimo” ou “abusivo”, mas observar como certos procedimentos, técnicas, dispositivos adquirem a forma e as justificações próprias a um elemento racional, calculável e tecnicamente eficaz e investigar seus efeitos, valores e princípios ético políticos que o sustentam.

Em uma palestra proferida em 1978 (“O que é a crítica? Crítica e *Aufklärung*”), Foucault (21) afirma que a crítica sempre existe em relação a outra coisa que não ela mesma e é um instrumento para uma verdade que ela mesma “não saberá nem será”; um olhar distinto da própria lei sobre um domínio ou um território discursivo.

Além disso, relaciona a história da atitude crítica às artes e técnicas de governo. O texto descreve o exemplo do poder pastoral vinculado ao cristianismo, que cria uma concepção que todo e cada indivíduo deve ser governado e se deixar governar para ser salvo. Esta relação meticulosa de obediência e de condução da própria conduta com uma verdade global, que se liga a certos dogmas, mas também a conhecimentos específicos em relação à vida dos

indivíduos e às técnicas específicas (confissões, entrevistas, outros procedimentos religiosos) que possibilitam a circulação de saberes dos próprios indivíduos sobre si mesmos.

Na mesma conferência, Foucault amplia a análise da arte de governar para além da especificidade pastoral e do foco religioso. Esta expansão e laicização das técnicas e práticas de governo vai se expressar em diferentes modalidades e contextos: como se deve governar, não apenas a alma, mas os miseráveis, a família, as crianças, o Estado, o próprio corpo etc.

A questão permanente é: como governar? A indagação atravessa a história do poder político e implica em uma segunda: como não ser governado? É dessa última questão que emerge a atitude crítica. Não como uma recusa absoluta ao governo e ao exercício de poder, mas enquanto uma possibilidade de experimentar, compreender e recusar as formas pelas quais somos governados. Crítica como indagação perpétua de como governamos e somos governados e, sobretudo, como não ser governado de uma determinada forma, por uma determinada razão, em nome de determinados princípios e objetivos e por meio de certos procedimentos.

Nessa perspectiva, a crítica aparece sempre ligada ao feixe de relações interdependentes entre o poder, a verdade e o sujeito. Interrogar a verdade sobre seus efeitos do poder e interrogar o poder sobre seus discursos de verdade: é assim que Foucault vai sintetizar o movimento permanente da atitude crítica.

A descrição feita até aqui sinaliza nosso ponto de partida metodológico; a análise crítica dos discursos em torno da APS não terá como interesse fundamental detectar suas falhas e fragilidades. Reconhecemos que a crítica envolve sempre *reflexão* e *avaliação* sobre domínios instituídos; mas também buscamos neste *ethos* crítico a possibilidade de uma *prática* que suspenda as instâncias do julgamento e seja capaz de produzir novas formas de compreender e agir sobre o mundo a partir dessa suspensão.

Não restrita apenas a práticas sociais ou racionalidades, um dos efeitos éticos da crítica é o questionamento de nós mesmos. Criticar é questionar as normas de reconhecimento que regem o que podemos e queremos ser, o que devemos desconsiderar, o que devemos aceitar e acomodar. Criticar é também colocar em risco a própria possibilidade de deixar de sermos reconhecidos pelos outros; um momento para colocar em xeque o reconhecível e procurar formas de existência que são ou se tornaram irreconhecíveis (22).

Tal postura metodológica exige-nos colocar em questão os regimes de normatividade e de verdade em torno de conceitos e discursos que leituras mais tradicionais e comuns da crítica

tomam como dados. Mais do que afirmar ou negar conceitos como subjetividade, autonomia, saúde, risco, clínica e a própria APS, mergulhar em suas “gramáticas de normatividade” (23).

Butler relaciona essa perspectiva com a obra de Theodor Adorno e seus alertas sobre o perigo de julgamentos que cristalizassem e naturalizassem os resultados do próprio pensamento. Para o filósofo alemão, a crítica precisava incluir a avaliação das formas pelas quais as próprias categorias são instituídas e como o campo do conhecimento é ordenado. Os julgamentos podem subsumir um aspecto particular sob categorias já definidas, enquanto a crítica exige a reconstituição do próprio campo de categorias. Assim, como já dito, a tarefa central da crítica não será avaliar se determinadas práticas de discurso e poder são boas ou más; mas deslocar o olhar para nossas estruturas de avaliação e de julgamento. A partir desse reconhecimento normativo, Butler sugere que as relações entre o conhecimento e o poder criam certezas epistemológicas que criam o mundo de determinada forma, e impedem possibilidades alternativas de pensá-lo e organizá-lo (23).

Ao invés de tratar determinados elementos como insuficientemente implementados ou erroneamente compreendidos, a crítica busca deslocar o plano de referências que abram espaço para outros pensamentos e prática e não descrever minuciosamente as coisas como “realmente são”, mas procurar outros jogos de referências para descrever nossa atualidade, que permitam traçar as forças que têm delineado nossas vidas, incluindo seus limites, virtualidades e potências. Uma pesquisa crítica exige-nos, em suma, observar o modo como construímos nossos objetos e perguntas de investigação para deslocar o campo do já-dito e estabelecer questões não mais resolvíveis nos termos habituais e que vai exigir imaginação para criar e inventar novas práticas de análise e intervenção (24).

Essa reinvenção crítica em torno da APS, e do cuidado em saúde de forma mais geral, é central para a trajetória desta tese e minha como investigador, profissional de saúde e militante. Formei-me médico por uma instituição “de excelência”, com ênfase na medicina ultra especializada e biotecnológica. Nesse percurso, estive envolvido com diferentes lutas no interior da formação médica pensada de forma mais generalista e atenta ao papel social da medicina, e inserido em movimentos sociais. Depois, trabalhei como médico generalista atendendo populações em situação de rua, especializei-me médico sanitário e atuei em diferentes experiências de gestão e formação na APS, além de uma série de vivências na militância política em iniciativas políticas de expressão nacional. Finalizo a tese atuando, pela primeira vez, como médico de uma equipe de Saúde da Família, e durante um dos momentos

mais trágicos da história sanitária e social do país, a pandemia de covid-19. Esta imersão em torno de diferentes experiências ligadas à subjetividade, ao risco e ao Estado no neoliberalismo vai delineando e transformando as questões desta investigação; primeiro, duvidando das respostas comumente dadas como soluções para nossos problemas, e, depois, das próprias perguntas que éramos capazes de fazer com os planos de referência usualmente debatidos e tomados como dados na saúde e na política em geral. Os ensaios iniciados nessa tese são, de alguma forma, um produto prático dessa transformação teórico-prática da minha própria trajetória, e têm como intenção dar passagem para questões que me (nos) acompanham permanentemente como profissionais de saúde e sujeitos políticos, em tempos tão conturbados e desafiadores.

Concepções metodológicas

Partindo dos debates das metodologias qualitativas, discutidos de variadas formas no interior da Saúde Coletiva Brasileira (25–28), a presente pesquisa insere-se em uma perspectiva genealógica de análise de discursos em torno da APS e dos diferentes dispositivos e conceitos que a formatam.

Entendemos a genealogia, de forma geral e aqui conectando-nos novamente à obra de Foucault, como uma investigação sobre tudo que é passível de ser dito e feito, isto é, sobre práticas e discursos. Nesse sentido, a genealogia é um procedimento de escolha e de forma de utilização dos enunciados. A ideia de uma “genealogia” inscreve-se na obra de Foucault como parte da trajetória do pensamento do autor conectada à de “arqueologia” e ao projeto de analisar uma série de instituições e práticas (a prisão, a sexualidade, a clínica, a psiquiatria, o sujeito, o poder, as ciências humanas) presentes em nosso tempo. Uma espécie de “história do presente” ou uma “ontologia crítica de nós mesmos e do nosso presente”, no qual os trabalhos arque-genealógicos buscaram desnaturalizar discursos considerados verdadeiros, exibir suas grades de inteligibilidade e descrever os enunciados da formação discursiva em seu próprio momento de emergência (29).

De alguma forma, a genealogia traz à tona os conteúdos e enunciados visualizados pelo trabalho arqueológico. Como aponta Dean (30), a arqueologia pode ser entendida como uma técnica de distanciamento de formas familiares de formar enunciados sobre e dentro de regimes

particulares de práticas, e a genealogia como uma técnica de desnaturação desses regimes de práticas que leva à construção de trajetórias inteligíveis dos acontecimentos, saberes, processos, relações e forças que os compõem.

A genealogia é descrita, nesse sentido, como uma "história do presente" porque tem como tarefa analisar objetos vistos como naturais e necessários na realidade. Para isso, suspende regras que tornam estes discursos e práticas verdadeiros e válidos; revelando as condições e particularidade da sua formação e as lutas e tensões que aconteceram para fazer emergir e sustentar esses sistemas.

Em um dos seus vários textos de descrição metodológica, Foucault (31) define a genealogia como uma união de duas formas diferentes de conhecimento subjugado: o conhecimento erudito fora dos conjuntos funcionais, cristalizados e mantidos sob tutela do discurso verdadeiro junto aos saberes e memórias populares e locais desqualificados e desconsiderados pelos sistemas de classificação científica. Contra a “tirania dos discursos englobadores”, ele propõe uma memória histórica dessas lutas; sem valorizar um empirismo vazio em nome do combate ao positivismo.

O trabalho genealógico, em suas próprias palavras, significava a intervenção desses “saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados” contra uma ciência unitária e o conhecimento verdadeiro possuída por alguns” Uma “insurreição” dos saberes, não contra o conteúdo do saber erudito, mas contra a centralização do poder do discurso científico e organizado, dado como cristalizado e incontornável. Nesse sentido, ele conclui que a arqueologia seria um “método próprio da análise das discursividades locais” e a genealogia uma “tática que faz intervir, a partir dessas discursividades locais assim descritas, os saberes dessujeitados que daí se desprendem”. Uma espécie de análise dos enunciados sob o prisma das práticas de governo de si e dos outros, isto é, um diagnóstico presente de como viemos a compreender e agir sobre nós mesmos e os outros hoje (31)..

Essa perspectiva marca uma distinção com uma pesquisa epistemológica, que buscaria um olhar mais circunscrito sobre o conhecimento científico e verdadeiro; uma genealogia não procura legislar sobre a verdade dos enunciados ou capturar seus significados internos. Mas levar ao limite as possibilidades e efeitos de diferentes práticas e discursos. Nesse ponto, acaba sendo um caminho de exercício da atitude crítica: pensar a história questionando a verdade nos efeitos de poder e o poder nos discursos de verdade.

Aqui incluímos o paradoxo de trabalhar uma discussão metodológica sistematizada a partir de um autor que nunca teve como objetivo criar uma teoria ou sistema metodológico estático e formal, replicável em outro conjunto de investigações e pesquisas. Sua obra é preta de mudanças, às vezes bastante robustas e sem qualquer tipo de necessidade de justificativa ou declaração de método em relação a reflexões e técnicas usadas anteriormente.

Os primeiros comentários de Foucault sobre a genealogia aparecem em um diálogo com a obra de Nietzsche em 1971. Centrado na história enquanto um processo descontínuo e sem unidade coerente e uma moral interna, a perspectiva genealógica se opõe ao “desdobramento meta-histórico das significações ideais” e “das indefinidas teleologias”. Nesse sentido, é o caminho inverso à pesquisa de uma origem (32).

Vale ressaltar o risco que corremos ao tomar tais textos como uma definição metodológica de seu próprio trabalho, e não como comentários com diferentes caminhos do pensamento que o autor francês fez por toda sua obra. Como aponta Dean (29), é melhor tomar tais enunciados em sua obra mais como uma rejeição a uma historiografia que aspira reconstruir o passado e a um certo pedantismo autointitulado científico. Sem tomá-los como guias metodológicos, os escritos de Foucault acabam nos remetendo à constatação de que a história é sempre uma prática, realizada em um presente particular, e por razões particulares ligadas a esse presente. Mesmo que faça menção a dimensões ou aspectos do passado, e se refira a eventos, irrupções, discursos e práticas sociais que podem receber um espaço de tempo específico, a genealogia liga a história não a uma representação fidedigna e verossimilhante do *ontem*, mas justamente às possibilidades do uso de seus elementos *hoje*.

Essa perspectiva se distancia de uma história transcendente do progresso da razão ante as trevas; da civilização ante a barbárie; da emancipação do verdadeiro ser humano ante a alienação. Busca ver os eventos em suas características específicas e não abolir sua intensidade; compreender e não apagar a singularidade dos processos; e definir os objetos em seus próprios níveis de análise e operabilidade. Não há aqui uma história movida pela necessidade que fizesse nascer nossa identidade atual e uma teoria global e acima da própria história que a justificasse.

Não se trata, contudo, de uma compreensão vulgar e relativista da história como sinônimo de narrativa, como se todos os registros históricos fossem somente pontos de vista ou perspectivas particulares. A perspectiva genealógica inclui na análise a própria ação sobre os materiais e elementos considerados históricos. Nenhum desses materiais, discursos, registros,

objetos existem em estado “puro” ou “bruto”, são efeitos também dos procedimentos de organização, conservação, adulteração, interdição e silenciamento.

Esse princípio metodológico analisa o discurso, o *que é efetivamente dito*, e não o que está escondido ou suprimido, e busca entender os eventos e enunciados a partir de suas condições e relações dispersas. Nessa perspectiva, a densidade do discurso acaba compondo um nível de realidade irreduzível aos atributos subjetivos dos que o proferem; e sua análise toma como foco a realidade positiva, as relações de poder e a formação dos campos de saber que tornaram possível a emergência de seus enunciados.

Adotaremos, assim, uma perspectiva genealógica de análise de discursos como um *ethos metodológico* para pensar os diferentes enunciados em torno da APS sem uma unidade coerente idealizada; e correlacioná-los a partir dos regimes discursivos de verdade que estruturam suas práticas. Buscaremos observar como tais enunciados tornam-se inteligíveis e operáveis através de seus próprios termos, dispositivos, concepções e descrições normativas e como os discursos considerados verdadeiros, isto é, ligados a uma “produção sistemática da verdade” organizam-se seus campos de saber e poder. Buscamos, assim, desafiar as verdades ao expor suas historicidades e demonstrar como estas verdades não são universais ou atemporais, mas produtos de agendas históricas e políticas específicas (33).

Entendemos que esse procedimento abre caminhos que tornam possível problematizar conceitos que são comumente tomados como dados e delimitados e abrir questões fundamentais na busca de sua desnaturalização. Quais as linhagens, os ramos descontínuos e heterogêneos que compuseram fenômenos familiares e utilizados de forma corriqueira por nós - quando falamos “a sexualidade”, “a loucura”, “a saúde”, “o risco”, “a subjetividade”, “a pessoa”? Quais autoridades e especialistas são autorizados a falar deles; como foram classificados, treinados, legislados, teorizados; como formatam programas de governo e em torno de quais princípios, metas e objetivos?

Não haverá uma hierarquização ou atribuição de valor científico entre as diferentes modalidades de discursos que serão analisados: artigos ou livros acadêmicos, trechos de entrevistas, normativas institucionais, notícias e relatos serão tomados a partir de sua própria grade analítica e entendidos em conjunto para analisar criticamente os sistemas de formação e inteligibilidade em torno da APS. É sobre essa realidade empírica (34) das ferramentas e debates em torno da APS e do governo do risco e da subjetividade que proporemos uma série

de problemas e perguntas, uma realidade a ser construída dentro e em torno da investigação genealógica. Isso nos exigirá um olhar sobre elementos considerados menores ou insignificantes, onde as explicações que justificam nossos modos de pensar e compreender parecem óbvias e naturais, onde as explicações são tomadas como estritamente técnicas e operacionais. No movimento desses usos, considerados pequenos e cotidianos, estão localizados um conjunto de regimes de práticas e verdades que a genealogia busca acompanhar.

Esse tipo de abordagem tenta lidar com os conceitos não a partir dos debates canônicos, seja no campo da Saúde Pública tradicional, seja no campo da filosofia ou das ciências sociais, e em torno da citação de diferentes autores considerados seminais sobre o assunto, mas no vértice e no vórtice de sua operabilidade, de seus espaços de uso e de suas possibilidades de resolver situações contingentes, locais e específicas. Conceitos que, inclusive, se metamorfoseiam junto aos próprios problemas com os quais se envolvem. Tal postura envolve não legislar sobre a validade ou o uso dos conceitos que existem, ou tentar modificá-los em busca de inaugurar novas terminologias e ferramentas, mas procurar na própria fragilidade, inconstância e até ausência de um significado interior e profundo daquilo que naturalizamos como dado as possibilidades de novas práticas de pensar e de agir no campo da saúde e de resistir ao próprio avanço de regimes de governo excludentes e privatizantes no campo da saúde.

Isso não significa, entretanto, aderir a uma pan-discursividade presente em certas leituras pós-estruturalistas, que acabam usando as reflexões de autores como Foucault para desmaterializar a realidade. Nem, em nome de um anti-essencialismo teórico, acabar preso numa trama discursiva etérea e imaterial na qual a própria realidade seria, em última instância, discurso. Como discutiremos no capítulo a seguir, o uso metodológico da genealogia e dos regimes discursivos têm como vantagem analítica a capacidade de suspender instâncias rígidas em torno das instituições, das profissões, do Estado e de diferentes arranjos tecno-assistenciais, a fim de tornar as racionalidades de governo e as relações de poder que as produzem inteligíveis e passíveis de crítica. Apostamos na potência dessa teoria justamente quando ela se debruça sobre as relações sociais, econômicas, políticas que envolvem esses discursos, incluindo o papel do Estado, das instituições e políticas públicas e a produção de riqueza e desigualdade que permeiam tais relações.

Trabalho de campo

Feitas essas considerações metodológicas sobre genealogia, análise de discurso e uma certa leitura sobre trabalho empírico, apresentaremos aqui os materiais que foram e seguem sendo utilizados para subsidiar nossas reflexões.

Destacamos que as etapas da pesquisa foram construídas observando-se as questões éticas que envolvem seres humanos, em conformidade com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CAAE 23209919.0.0000.5404, parecer 3.692.926).

Realizamos uma extensa seleção e leitura de enunciados e discursos ligados ao debate da APS, a partir de autores que propuseram as ferramentas, modelos e concepções de APS que percebemos como dominantes tanto no plano internacional quanto no plano nacional, especialmente no campo discursivo da Medicina de Família e Comunidade e da medicina familiar pelo mundo.

Nessa seleção, incluímos, além de um debate mais geral sobre diretrizes e atributos de qualificação da APS, o debate específico em torno da medicalização, a subjetividade e o risco; e ferramentas que com ele se relacionam, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e a Prevenção Quaternária (P4).

Conforme discutido na apresentação da pesquisa, partimos de autores e textos amplamente citados no debate acadêmico da APS para identificar definições ligados a um domínio teórico considerado técnico, científico e verdadeiro; e das leituras aplicadas em diferentes contextos (a Medicina de Família e Comunidade e a Saúde Coletiva brasileira, por exemplo) a partir desses autores.

Além dessa literatura, realizamos também uma seleção de diálogos críticos sobre a APS e sobre a saúde como um todo no contemporâneo. Aqui se destacam leituras sobre o modelo biopsicossocial e de forma mais ampla sobre a construção da subjetividade e do risco; sobre práticas clínicas como a Medicina Centrada na Pessoa, a Promoção à Saúde e suas relações com o debate da biopolítica, do governo da conduta e do neoliberalismo; e, por fim, sobre discussões em torno de novos paradigmas de saúde como Nova Saúde Pública e a Medicina de Vigilância e Comunidade.

Realizamos entrevistas semiestruturadas com autores dos enunciados que vínhamos analisando. A lista dos entrevistados incluiu tanto os formuladores internacionais e brasileiros em torno das ferramentas clínicas ligadas à APS (MCCP e P4), quanto autores críticos em relação ao uso dessas ferramentas e ao debate em torno do risco e da subjetividade na APS.

A entrevista é, de forma geral, uma troca verbal “cara a cara” (no caso da pandemia, intermediadas por duas telas), na qual uma pessoa tenta obter informações da outra. Essa definição aplica-se tanto a entrevistas mais estruturadas ou menos estruturadas. No caso, optamos por fazer entrevistas semiestruturadas, por entender que esse tipo de modalidade ajuda guiar a conversa por questões que consideramos importantes em relação ao nosso projeto de pesquisa e possibilita realizar novas questões que surjam durante a conversa (35).

Não há neutralidade no processo de entrevistar. Nesse sentido, também não há questões puramente “objetivas”, “desinteressadas” e “técnicas. As conversas acabam sempre sendo uma espécie inusitada de prestação de conta “de nós mesmos”, uma verificação se somos mesmo os autores dos nossos próprios enunciados que proferimos previamente e dos que falamos hoje. Aqui retornam os debates sobre discurso e enunciados, entendendo que o foco da investigação não é a atribuição do sujeito que fala, mas em olhar para o próprio enunciado em sua grade de análise, sem vinculá-lo necessariamente ao autor e às suas intencionalidades prévias.

Nesse sentido, utilizamos essa modalidade de investigação qualitativa mais como conversas do que exatamente como técnicas cristalizadas de compreensão do significado. Interessou-nos mais do que entender razões e justificativas para os enunciados, estabelecer um momento singular de contato entre diferentes formas de pensar e agir sobre o mundo e observar que tipo de novos enunciados surgem quando colocamos esses diferentes conceitos, argumentações, formulações e olhares críticos em uma mesma conversa. Dessa encruzilhada, desse produto subjetivo, é que podemos ampliar nossa capacidade de olhar criticamente para as coisas que pensamos que conhecemos e para quem pensamos que somos.

Com as entrevistas, acabamos traçando as relações dos textos que discutiam APS, risco e subjetividade com sua trajetória como pesquisadores e suas abordagens atuais em relação às temáticas. Como havia diferentes temáticas e abordagens variando de pesquisador para pesquisador, foram propostos dois roteiros iniciais discutindo especificamente subjetividade e risco e as perguntas eram selecionadas de acordo com o enfoque de pesquisa de cada um dos entrevistados. Foram incluídas também questões relativas à pandemia e aos contextos do

enfrentamento na realidade de cada um dos entrevistados. Os dois roteiros iniciais encontram-se no Anexo 8.1. Cada conversa durou entre uma e duas horas e tiveram o áudio gravado via Skype ou Google Meets.

O trabalho de campo envolveu de antemão fazer essa seleção e estabelecer contato com os autores para o convite para as entrevistas, durante a pandemia. Ainda que o plano inicial do doutorado era realizar apenas parte das entrevistas online, por conta de haver pesquisadores de diferentes países envolvidos, a quarentena obrigou-nos a realizar todas as conversas à distância.

Vale ressaltar o trabalho de preparação para as entrevistas, que exigiu a leitura de textos publicados por cada um dos entrevistados e formulação de questões e provocações específicas em torno deles. A partir dos roteiros iniciais, houve uma seleção preliminar de artigos, capítulos de livro, entrevistas, vídeos etc. dos entrevistados em torno do debate de que haviam realizado sobre as ferramentas clínicas da APS e/ou sobre o risco e a subjetividade. Trechos eram selecionados e buscávamos conectar as perguntas iniciais com reflexões já desenvolvidas em torno delas pelos autores, seja para aprofundamento, seja para dialogar com nossas reflexões já publicadas ou em processo de elaboração na presente pesquisa. Nesse sentido, apesar de haver um roteiro inicial, acabava tomando um caminho singular, que envolvia não apenas a temática escolhida pela pesquisa aqui desenvolvida, mas questionamentos e inquietações disparados pela leitura de outros textos dos entrevistados e suas reações a reflexões da tese que já estavam em curso e eram apresentadas durante a conversa.

Foram realizadas 10 (dez) entrevistas, com os seguintes pesquisadoras e pesquisadores, aqui listados em ordem cronológica:

- Alan Petersen - sociólogo e professor na Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Monash na Austrália, pesquisa a sociologia da saúde pública e promoção da saúde, do risco e de tecnologias novas e emergentes, particularmente tecnologias biomédicas e tecnologias digitais de saúde.
- Marc Jamouille – médico de família belga, é apontado como formulador do conceito de Prevenção Quaternária (anexo 8.5).
- Ricardo Teixeira - médico sanitário e professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, trabalhou na APS do município de São Paulo por 20 anos e tem publicações ligadas à biopolítica e ao comum na saúde.

- Miguel Pizzanelli – médico de família no Uruguai e membro do comitê de Prevenção Quaternária da Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca).
- Luis Castiel – médico epidemiologista e professor da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), é um dos principais autores brasileiros em torno do debate crítico sobre risco.
- Charles Tesser – médico de família e professor da Universidade Federal de Santa Catarina, com publicações recentes sobre prevenção quaternária no Brasil.
- Moira Stewart – médica de família canadense e coorganizadora do livro *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico* (anexo 8.2).
- Judith Belle Brown - médica de família canadense e coorganizadora do livro *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico* (anexo 8.3).
- Sandra Caponi – filósofa e professora Titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina, tem publicações sobre biopolítica, medicalização e risco no campo da saúde.
- David Armstrong – médico e professor do Departamento de Atenção Primária & de Ciências da Saúde Pública do King's College de Londres, pesquisador sobre paradigmas em saúde, APS e debates críticos no campo da subjetividade e risco (anexo 8.4).

Após a transcrição integral dos áudios das entrevistas, optamos por selecionar trechos específicos para compor os debates já iniciados pelos capítulos 4 e 5 da pesquisa. Além disso, avaliamos que o material produzido pelas transcrições possibilitaria, além de seu uso em ensaios e artigos, a publicação das próprias conversas no formato de entrevistas, conforme nosso grupo de pesquisa vem realizando nos últimos anos. Optamos, dessa forma, por também colocar como apêndice da tese trechos integrais traduzidos das entrevistas com Moira Stewart, Judith Belle Brown, David Armstrong e Marc Jamoulle.

3. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde

*“e a regra é assim: ou o senhor
bendito governa o sertão,
ou o sertão maldito vos governa.”*

Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas

Uma importante geração de trabalhadores, pesquisadores e militantes do movimento sanitário brasileiro foi forjada em lutas por cidadania e direitos. A possibilidade de existência do SUS foi diretamente influenciada pelas múltiplas experiências de democratização do país, contexto no qual também emergiu o campo teórico-prático da Saúde Coletiva brasileira (36). Nele, comparece de forma marcante a defesa das políticas públicas, dos direitos sociais e do fortalecimento e expansão do Estado, unificando historicamente o movimento sanitário brasileiro, a despeito de importantes polêmicas, debates e diferenças internas.

Podemos afirmar, assim, que a história da Saúde Coletiva brasileira — e também da Medicina Social latino-americana — foi e segue atravessada por uma visão negativa do “neoliberalismo”, visto enquanto um fenômeno político-econômico que coloca em risco princípios da Reforma Sanitária e da implementação de um sistema público, universal e integral de saúde. Identifica-se e analisa-se, neste contexto, a contradição entre o princípio constitucional da “Saúde como um direito de todos e um dever do Estado” e as políticas neoliberais que, a partir do governo Collor, apresentariam uma crescente importância no cenário político e econômico brasileiro. O SUS, que formalmente se institucionaliza enquanto política pública no Brasil em 1990, passa a ser tensionado por iniciativas que colocaram inúmeros obstáculos à sua consolidação.

O neoliberalismo é associado, nesta perspectiva hegemônica, ao esvaziamento do papel do Estado na provisão de serviços públicos e à produção de desigualdades, mercantilização da

vida e financeirização da economia. Em nome do livre jogo do mercado e da acumulação do capital, limita gastos sociais e tem como imagem-alvo um Estado menor, eficaz, desburocratizado e subordinado à iniciativa privada (37).

Distintas reflexões (38–42) afirmam que o neoliberalismo rechaça o conceito dos direitos sociais, a obrigação da sociedade de garanti-los via Estado e que suas ações no setor da saúde ferem a Reforma Sanitária e a própria Constituição Federal, através de cortes fiscais e privatizações. Ainda que com diferenças internas e distintas ênfases, tais leituras veem o neoliberalismo como um obstáculo à consolidação organizativa e política do SUS, tornando-o ainda mais vulnerável ao desmonte.

Compartilhamos, neste sentido, da posição de boa parte dos estudiosos da Saúde Coletiva de que a resistência à ofensiva neoliberal sobre a Reforma Sanitária não só segue atual, mas se faz cada vez mais urgente e necessária. Diariamente, novos ataques a direitos duramente conquistados e retrocessos em distintos campos traduzem-se em um movimento permanente que busca minar a conquista histórica e democrática do direito à Saúde enquanto dever do Estado, consagrado na Constituição de 1988.

No que se segue, buscamos contribuir para este movimento de resistência e de necessária reinvenção das premissas fundantes do SUS, por meio de um esforço teórico crítico que, sem deixar de reconhecer e afirmar a importância de princípios essenciais e práticas bem-sucedidas, busca explorar e desenvolver novas ofertas teóricas para a consolidação do sistema público e universal em tempos de intensificação neoliberal, conservadora e autoritária.

Nossos aportes teóricos para o debate buscam, com especial atenção, trazer “novas” perspectivas para se pensar o neoliberalismo, enfatizando-o menos como um sistema macroeconômico e político e mais enquanto uma racionalidade de governo e de produção dos nossos regimes de verdade, de poder e de subjetividade, que vem modificando profundamente a forma como pensamos e organizamos o campo da saúde. Seus princípios e valores não apenas transformaram o governo do Estado, mas, de forma difusa e capilar, também da saúde, das relações de trabalho, práticas educacionais e de diferentes aspectos da vida humana.

Tomaremos como subsídio o pensamento “governamental” de Michel Foucault e de autores contemporâneos que com ele vem dialogando (34,43–48), incluindo os vinculados ao campo da Saúde Coletiva brasileira (20,49–52) para discutir o governo neoliberal do Estado e da saúde. Interessa-nos, sobretudo, interrogar se nossas aspirações por direitos sociais têm sido

obstruídas não apenas por um ideário neoliberal presente na conformação do Estado e das políticas públicas brasileiras, mas também por uma complexa reconfiguração das formas de governo da saúde, da subjetividade e das nossas relações com os outros e com nós mesmos.

Governamentalidade, biopolítica e liberalismo

No curso “Segurança, Território e População”, Foucault (53) analisa a transformação e reativação das técnicas jurídico-legais e disciplinares de poder no contemporâneo e o desenvolvimento, complexificação de novas práticas e tecnologias de governo. Essa passagem no pensamento do filósofo torna-se possível através do diagrama da governamentalidade.

A fusão entre as palavras “governo” e “mentalidade” indica não ser possível estudar as tecnologias políticas sem a análise das formas de pensar e agir que as entrelaçam. As formas de poder político, a partir do século XVIII, estavam ligadas ao crescimento de dispositivos de governo e a um complexo campo de saberes sobre o próprio governo, seus modos de exercício e a natureza daqueles sobre os quais deveria agir (45).

É proposto, então, um uso variado do conceito de governo para além de sua denotação estritamente política. Foucault parte de uma formulação de um texto pouco conhecido, escrito em 1567 por Guillaume de La Perrière - “governo é a correta disposição das coisas, das quais alguém se encarrega para conduzi-las para um fim adequado” -, para afirmar que governar significa encarregar-se dos homens, de suas relações, de seus vínculos, em suas imbricações com seus costumes, hábitos, maneiras de fazer ou de pensar. Esse deslocamento no sentido de governo produz uma importante clivagem no sentido tradicional do exercício do poder político. Aponta-se aqui o governo como uma ação com níveis variados de sistematicidade, regulação, autorreflexão, e que vai, portanto, além de um exercício espontâneo, fluido e aleatório de poder (19).

Não se trata, portanto, nem de uma autoridade constituída ou um Estado soberano, mas no exercício de “condução da conduta” de indivíduos e grupos, isto é, uma ampla e heterogênea teia de administração da conduta individual e coletiva, conectada a procedimentos de cálculo, experimento e avaliação. Além disso, a “mentalidade” é vista não como representação da realidade, mas da perpétua fabricação dos regimes discursivos de saber, onde o exercício de poder é pensável, racionalizável e tornado possível de ser praticado (54).

A governamentalidade passa a ser um vetor na obra de autores que perceberam a potência do conceito para pensar o Estado e a política, mas também outros fenômenos sociais não diretamente estatais ou públicos. Sem buscar unificar uma teoria geral de governo, os estudos realizados a partir dessa perspectiva investigam a heterogeneidade das autoridades governantes e dos problemas em torno dos quais as problematizações acerca do governo se formaram. Neles, as técnicas e práticas de poder não seriam reflexo ou representação de uma finalidade política idealizada, mas efeitos dos próprios usos das ferramentas e dispositivos de governo, das possibilidades e limites de seus regimes de verdade e prática. Analisar o governo significa, aqui, interrogar como determinado problema foi moldado de uma forma “pensável e administrável”; os locais onde esses problemas se formaram e as autoridades responsáveis por enunciá-los; as técnicas e dispositivos inventados; os modos de autoridade e de subjetividade engendrados. Logo, não apenas as finalidades dessas ambições e estratégias (34).

Este diagrama cumpre uma série de funções na análise do poder. Além de oferecer uma visão que rompe com a ideia de poder como dominação ou violência, conecta as técnicas do eu (self) com práticas de vigilância, disciplina, dominação e aprimoramento e pensa em conjunto a constituição da subjetividade com a própria formação do Estado e dos dispositivos históricos que o formataram (a medicina, a psiquiatria, a prisão, o hospital, a fábrica etc.). A clivagem do sentido de governo como “condução da conduta” implica em um vínculo entre poder político e moralidade, isto é, em pensar as próprias ações (ou as ações do outro) a partir de uma autorregulação ligada a certos valores, princípios e julgamentos. Nesse sentido, governar sempre envolve uma aspiração e relação a valores de uma vida “boa”, “virtuosa” e “desejável”. Além disso, o governo não exige sempre um governante e um governado: o próprio indivíduo vai colocando em questão a própria conduta e buscando cada vez uma maior capacidade de conduzi-la de forma que julga adequada, responsável, virtuosa, saudável, lucrativa, moralmente aceitável etc.

Estas análises, portanto, observam não apenas o exercício da autoridade e poder sobre os cidadãos, o Estado, a população, mas também as formas como governamos a nós mesmos. Fazendo uma conexão intrínseca entre governo e subjetividade, lançam olhar sobre como são fabricados nossos desejos, escolhas, necessidades; nossa busca por saúde e normalidade; nossos ideais de autonomia e autoestima e nossos modos de experienciar a vida.

O exercício dessas técnicas e práticas de poder vai exigir não apenas mecanismos disciplinares sobre os indivíduos, mas também o governo sobre a população. É em nome da

saúde da população, de sua longevidade, bem-estar, prosperidade, segurança, felicidade etc. que diferentes formas e práticas de governo, incluindo as que têm como centro o Estado, vão se estruturar historicamente.

Nesse vértice entre governo e população, insere-se o conceito da biopolítica. Entenderemos aqui a biopolítica, de forma geral, como uma política relativa à administração da vida e especialmente no âmbito das populações. Uma forma de pensar e problematizar a prática do governo em relação à saúde, expectativa de vida, taxa de nascimentos e mortalidade, questões raciais e um conjunto amplo de atributos que caracterizam e constituem a população (44,46,55–57).

A gestão da vida liga-se aqui à economia política: como as famílias vivem, sob quais condições, quantas vezes por dia se higienizam, como se reproduzem, como adoecem, que tipo de trabalhos exercem, a que riscos estão expostas. Em suma, um conjunto de questões nas quais a medicina social, a saúde pública, a assistência social e outros campos de saber e poder vão se debruçar e estruturar suas estratégias biopolíticas.

Administrar a vida significa mapear todo esse corpo social e identificar seus possíveis focos de perigo, erro e anormalidade. Risco e normalidade assumem, dessa forma, funções centrais: mais do que disciplinar, vigiar e punir quem viola a lei e as normas sociais, é necessário calcular, em nome da segurança do conjunto da população e da manutenção da estabilidade, as possibilidades e os índices “normais” e “aceitáveis” de violação dessas normas. Para governar a população, são necessários não apenas leis e normas, mas um ideal permanente de normalidade e normalização. Quais os níveis adequados para os crimes de uma cidade? Qual o máximo de pessoas que podem passar fome sem que haja uma rebelião? Quantos assassinatos? Qual a taxa de mortalidade infantil ideal? O quanto de desigualdade em uma sociedade é aceitável? Em suma, governar é gerenciar risco e calcular como diminuir ou aumentar as chances de determinado evento, como interferir em fatores que interferem nessa probabilidade e como prever fenômenos e eventos individuais e populacionais.

Governamentalidade e biopolítica são, assim, eixos transversais nessa análise histórica das mutações do exercício do poder político. A biopolítica (e, de forma mais ampla, o biopoder) não significam uma estratégia consciente de uma classe dominante ou um conjunto único de interesses. Ainda que intrínsecos à história e à proliferação dos mecanismos estatais, esses dispositivos biopolíticos não são criados pelo ou por causa do Estado, *stricto sensu*. A medicina moderna, a Saúde Pública, a epidemiologia, a psiquiatria, a assistência social vão formar uma

multiplicidade de formas e fontes de autoridade, de expertise, de regimes de verdade e prática que não têm exatamente o Estado como ponto de origem ou destino, mas que se relacionaram com a emergência da estrutura estatal e das práticas de governo ligadas a ela.

Em vez de ver o liberalismo, a partir do século XVIII, como um conjunto teórico coerente ou uma estrutura político-institucional consolidada, o pensamento governamental opta por defini-lo como uma forma de apresentar e racionalizar problemas. O liberalismo, nesse sentido, é uma racionalidade prática que se metamorfoseia de acordo com o próprio contexto com o qual se debruça: contra o poder soberano e a Razão de Estado, contra o totalitarismo, contra o papel do Estado em garantir direitos fundamentais, contra a coletivização de responsabilidades. Nesse sentido, é um compósito de atividades nem sempre estritamente vinculadas ao Estado ou à política – aqui entendida na sua concepção clássica –, que vai tanto fabricar tecnologias específicas de governo e interesses, além de escolhas e desejos de indivíduos e grupos, quanto conectar estas tecnologias aos novos domínios subjetivos que vão se formando.

Tomemos, por exemplo, a liberdade. Para este pensamento governamental, a liberdade não é uma constante antropológica ou um valor universal, mesmo que afirmada pelos pensadores liberais como um princípio, mas uma relação entre governantes e governados. A liberdade acaba sendo uma necessidade do exercício do governo, que é obrigado a produzi-la, consumi-la, organizá-la e geri-la. O liberalismo não é tanto um imperativo de liberdade, mas um modo de produção e de desejo de liberdade.

Assim, o governo liberal transforma-se em um jogo permanente entre a necessidade de uma regulamentação dessa liberdade, que busca também estabelecer limites para essas intervenções. É nesse aparente paradoxo que se dá seu florescimento: contra um Estado que supostamente governa demais, o governo liberal revisa e cria continuamente formas de governo do próprio Estado e em outros campos de saber e poder que modificam e reestruturam as práticas de poder estatais e não estatais.

Tanto a biopolítica quanto o governo liberal representam a invenção e configuração de um amplo e heterogêneo espectro de tecnologias, cálculos e estratégias para gerenciar a vida econômica, saúde e hábitos da população, civilidade das massas e assim por diante. É no exercício do ato de governar que se definem e atualizam os limites do que é ou não estatal, do que é ou não político, do que é público ou privado, do que é ligado à responsabilidade do indivíduo ou do coletivo.

Dessa forma, o governo liberal é, em certo sentido, a possibilidade de realização e, ao mesmo tempo, de contestação das estratégias biopolíticas. Dizer isto envolve afirmarmos que o liberalismo engloba o conjunto de práticas políticas que também fabricaram o que entendemos hoje como o “bio”, o “psico” e o “social”, o “indivíduo”, a “liberdade”, e também a própria “economia”, o “mercado” e o “Estado”.

Isso não significa dizer que as problemáticas sociais nascem com o liberalismo, mas que uma série de problematizações sobre a questão social (a miséria, a criminalidade, a fome, as decisões sobre a família, o trabalho, as condições urbanas e sanitárias etc.) serão abordadas pelo governo liberal, a partir da emergência histórica de instituições específicas e campos de saber e poder.

O governo liberal vai construir a própria noção de “sociedade” como um domínio complexo e permeado por interesses antagônicos, em torno dos laços individuais, familiares, comunitários e nacionais. A coesão social coexiste com a ruptura e o conflito, e será necessário elaborar normas e normalidades abstratas para administrar os indivíduos de forma regulada e calculada.

Aqui o *homo oeconomicus*, um sujeito racional que baseia suas escolhas em interesses econômicos, é central para forjar o indivíduo e a própria noção de sociedade civil. Emergem daí questões centrais para a Saúde Pública: normas médicas e educacionais dentro da família, o desenvolvimento de estatísticas sobre doenças, censos sobre a pobreza, criminalidade, suicídios, uso de álcool etc. (58,59).

Esta economia liberal de governo não apenas fabrica as formas de governar, mas também os saberes sobre aqueles que serão governados. Epidemiologistas, sanitaristas, administradores, psicólogos e outros especialistas identificarão quem se reproduz de forma irresponsável, quem é negligente em relação à própria higiene, quais as moradias inadequadas, quais as crianças com maior risco de dificuldade escolar, que terão maior chance intrínseca de se tornar um criminoso, e assim por diante.

Essa miríade de práticas não foi organizada e desenvolvida de forma coerente ou planejadas de forma unificada, mas formou um “vocabulário comum” em torno de valores como a saúde (e a normalidade), a educação, a segurança, o controle do risco e a subjetividade. É este vocabulário comum que vai formatar também o conjunto de aspirações políticas e experiências históricas que buscavam aumentar direitos e a participação popular, diminuir a desigualdade e melhorar indicadores de desenvolvimento social.

Ainda que comumente visto enquanto defensor de um princípio genérico de liberdade, o governo liberal exige a proliferação e generalização dos procedimentos de vigilância e controle sobre os próprios indivíduos, em nome da garantia dessa mesma liberdade. A expansão da soberania e dos Estados-Nação - concomitantes à própria emergência do liberalismo - vai difundir e proliferar a existência tanto de instituições disciplinares, como o hospital, a fábrica, o manicômio, a prisão etc., quanto de tecnologias de segurança da população, como a sexualidade, a epidemiologia, a planificação econômica etc. Nesse sentido, a norma e a normalidade assumem papel fundamental para a proliferação das práticas de governo, para além da lei soberana, e a ampliação desse domínio “biopolítico” depende dessas práticas governamentais.

Ou seja, o indivíduo político do liberalismo aparece nessa dualidade paradoxal: como cidadão dotado de direitos e liberdades e como sujeito normalizado. É representado como um agente racional de interesses, mas dependente de um governo adequado, que o faça exercer suas escolhas e sua liberdade de forma adequada, produzindo uma normalização que será essencial para o governo neoliberal da saúde.

(Re)leituras do governo neoliberal

Mais do que uma forma do capitalismo ou do Estado, o neoliberalismo vem sendo descrito por muitos estudiosos como uma racionalidade de governo que modifica e dissemina todas nossas práticas sociais (47,60,61), modificando profundamente a forma como pensamos e organizamos o campo da saúde. Tais reflexões utilizam a obra de Foucault em torno da emergência do pensamento neoliberal (62) e recorrem ao conceito de governamentalidade para pensar essa dobra entre o governo dos outros com o de si e a produção de subjetividade. Ou seja, a forma como o neoliberalismo formata as relações de nós com nós mesmos enquanto trabalhadores, consumidores, membros de uma família, com orientações e opções sexuais, e outras diversas identidades.

O filósofo francês parte da compreensão da teoria capital-trabalho presente na obra de Marx para desdobrá-la em relação à teoria norte-americana do capital humano. Realiza uma significativa mutação discursiva: não mais trabalho abstrato e força de trabalho da classe operária como oposição dialética à realidade histórica do capital, mas qualificação do capital humano do próprio trabalho e aumento de capital.

Essa metamorfose abre espaço para os trabalhadores se verem como empreendedores de si mesmos: pela primeira vez, o trabalhador não está presente na análise econômica enquanto

um objeto — de oferta e demanda de força de trabalho — mas como um “sujeito econômico ativo” (63). A composição genética, o comportamento, as escolhas em relação à criação dos filhos, sua educação, estrutura familiar, cada um desses fatores e decisões influenciam na renda futura dos indivíduos-empresas.

Politicamente posicionados à esquerda, tais autoras e autores utilizam os pensamentos de Foucault justamente para ampliar o espectro da análise de como o capital permeia a produção de subjetividade. Buscam romper com a concepção de um neoliberalismo como uma fase atualizada e ideológica do capitalismo e usam o pensamento do autor francês para criticar os efeitos do neoliberalismo sobre as condições de vida e sobre a subjetividade dos trabalhadores e da maior parte da população (47,60).

O autor francês vai nos mostrando, de forma embrionária, as diferenças sutis entre sofisticadas teorias que faziam emergir uma nova racionalidade de governo a partir do século 20 em dois contextos específicos, a saber: o ordoliberalismo alemão e o neoliberalismo da Escola de Chicago. Já inicia, portanto, suas reflexões chamando a atenção à pluralidade das formas recentes de neoliberalismo, suas fronteiras nacionais e seus contextos temporais particulares. Isso traz o neoliberalismo para a análise como algo identificável e visível, mais plural, contingente e historicamente enraizado do que uma narrativa geral de um neoliberalismo global (64).

Como o próprio autor coloca, o neoliberalismo “não é Adam Smith; o neoliberalismo não é uma sociedade de mercado. O neoliberalismo não é o gulag na escala insidiosa do capitalismo” (62). Nesse sentido, o neoliberalismo aparece não como continuidade do liberalismo ou do capitalismo em um estágio mais desenvolvido, mas, sobretudo, como uma metamorfose crítica e atualizada das formas liberais de governo.

Mais do que uma liberdade naturalmente constitutiva dos indivíduos, típica do pensamento liberal a partir do século XVII, seus teóricos buscam construir formas ativas de liberdade. Nelas, o mercado assume função central, não apenas como resultado espontâneo das relações de indivíduos livres, mas devendo ser permanentemente legitimado e fabricado. Sua lógica de eficácia e aumento máximo de ganhos ganha autoridade e verdade científica, e deve guiar todas as práticas de governo na sociedade.

Assim, o neoliberalismo não se opõe ou esvazia o Estado, mas se apossa dele para produzir continuamente um modo verdadeiro de governá-lo. Enquanto o liberalismo clássico

buscava limitar a influência do Estado sobre um mercado natural, o neoliberalismo busca fundar a própria legitimidade do Estado no mercado.

Nesse sentido, o neoliberalismo ensaja e fabrica uma forma específica de Estado, um conjunto de valores, princípios e práticas que modifica o exercício da soberania política, modifica as fronteiras entre o público e privado e cria permanentemente fluxos materiais e imateriais entre capitais, subjetividades e sociabilidades.

Em nome da diminuição do poder soberano, disciplina e dominação, há um deslocamento do governo para o sujeito individual e suas escolhas, transformando permanentemente o ambiente em que as ações se desenvolvem e cultivando atributos desejáveis em torno da competição, da virtuosidade, da riqueza, da saúde, do corpo etc. O projeto original do neoliberalismo não era tanto disciplinar sujeitos, mas cultivar atributos desejáveis de empresa e competição, agindo sobre o ambiente dos indivíduos e seu campo de escolha.

A lógica do governo neoliberal torna-se econômica em um triplo sentido – o modelo econômico empresarial é, ao mesmo tempo, “modelo, objeto e projeto” (47). Ou seja, a economia organiza o modelo de organização do Estado, seu objeto central e seu plano de expansão em relação aos outros domínios sociais. A liberdade econômica e o mercado, visto como elementos naturalmente regulados no pensamento liberal clássico, deixam de ter uma natureza intrínseca e devem ser permanentemente atualizados e modificados.

Nesta metamorfose, a centralidade da troca dá lugar ao estímulo à competição entre capitais, o que representa uma mutação analítica importante: o mercado natural entre iguais à disputa virtuosa e desigual; e o Estado deve fomentar e garantir esta competição. No mesmo sentido, a lógica do empreendedorismo substitui a da produção. Como já afirmamos, emerge um sujeito econômico ativo – empreendedor de “si mesmo” -, regido por uma permanente avaliação de produtividade e qualidade. A sociedade não é mais uma constelação de mercadorias e trabalhadores, mas de empresas individuais e coletivas em relação.

Com a dinâmica da empresa invadindo outros campos da vida, o mercado também expande seu campo de veracidade e validação, tornando-se a base dos regimes de verdade de qualquer experiência social. Decidir ou não ter filho, julgar um criminoso, formular um projeto de intervenção sobre a saúde de uma comunidade, formatar um currículo escolar, organizar a fila de transplante, priorizar políticas para grupos vulneráveis, decidir fornecer um leito de UTI para um idoso ou uma criança: todas as decisões precisam se guiar pela lógica das perdas e

ganhos, dos custos econômicos, do investimento e da produtividade e da avaliação permanente sobre a qualidade e a satisfação em relação aos resultados.

Por fim, vale ressaltar também os vínculos históricos e políticos entre este (neo)liberalismo e regimes autoritários. Como sempre faz questão de ressaltar Paulo Guedes, atual ministro da Economia do Brasil e que trabalhou no Chile a convite de um professor chileno que trabalhava como diretor de Orçamento de Pinochet, a liberdade econômica do Chile nos anos 70 era espetacular e o fato de ter deixado 40 mil vítimas, entre torturados, assassinados e desaparecidos, era “irrelevante do ponto de vista intelectual” (65). Na pureza metafísica de uma liberdade regida exclusivamente pelo mercado, não há espaço para a contradição e para as agruras das vidas de milhões de espoliados. Além de tratar a “justiça social” como um grave problema que impossibilitava a “liberdade pessoal de florescer”, um dos gurus do pensamento neoliberal, Friedrich von Hayek, defendia sistemas políticos que praticavam tortura e eliminação de opositores como uma transição necessária para a sociedade de mercado e chegou a admitir que, do ponto de vista, preferia “uma ditadura liberal a um governo democrático desprovido de liberalismo”. As prescrições do receituário neoliberal têm se mostrado não apenas compatíveis a supressão de liberdades democráticas, mas também dependentes de instrumentos soberanos e disciplinares de violência para serem aplicadas (64,66).

Vale, no entanto, ressaltar que o receituário neoliberal não encontrou apenas nos regimes autoritários os caminhos para sua implementação. Não apenas fracassamos em encontrar alguma governamentalidade “de esquerda” (64), como assistimos grupos e partidos políticos de centro-esquerda desenvolverem e aplicarem tecnologias neoliberais de governo e, de alguma forma, neutralizarem o debate público e político em nome de uma estabilidade institucional regida pela lógica do mercado e do empresariamento das nossas formas de vida.

Essa generalização da forma-empresa na sociedade produz um tipo de saúde neoliberal, resultado do trabalho permanente de vigilância e controle sobre os indicadores do corpo, da mente, sobre fatores de risco e comportamentos, ou seja, de uma “racionalização empresarial” do desejo e da subjetividade (67). Esta criação permanente de novos ideais de normalidade e de saúde - inspiradas em técnicas gerenciais de empresas, com controle de concentração, foco, inteligência emocional e aumento da produtividade e desempenho – produz novas verdades biológicas, sanitárias, psicológicas. Opor-se a esta normalidade, a esta definição atualizada de saúde, acaba tornando-se sinônimo de falha, fraqueza e de desvio patológico.

O corpo, o processo saúde-doença, a compreensão de normalidade, o risco e a produção de subjetividade: o pensamento governamental vai justamente observar como uma racionalidade de governo empresarial influencia e modifica todos os aspectos da vida humana e das relações de poder, inclusive nossas práticas no campo da saúde.

Como discutimos nesta tese e em outras publicações (11,20), um dos elementos centrais para o governo neoliberal da saúde é o risco. Cuidar de si acaba sendo sinônimo de buscar comportamentos que evitem o risco e que possibilitem autocontrole, autoconhecimento e autoaprimoramento. E, no fim das contas, uma eterna autovigilância. Além disso, a privatização e individualização dos riscos abrem caminho para o desmonte de políticas universais e colocam em questão a própria noção de uma cidadania social, produzindo uma cidadania "econômica" como condição e como ideal de saúde, restrita a empresários bem-sucedidos de si mesmos.

Nesse ponto, o cálculo do risco não aparece apenas como instrumento vinculado a estudos epidemiológicos, mas imbricado à própria subjetivação da sociedade. Qualquer experiência social é delimitada como um comportamento, escolha e conduta individual, passível de ser quantificada, medida e analisada como fator de risco. Cabe aos experts da saúde (não apenas na assistência clínica, mas também engenheiros, analistas de sistemas, cientistas sociais etc.) e, cada vez mais, aos próprios pacientes mensurar estes comportamentos e características físicas e psicológicas para revelar as doenças, transtornos e condições médicas que possuímos e, em última instância, quem realmente somos.

Este deslocamento da saúde para o âmbito da autonomia individual produz não apenas a desresponsabilização do poder público em relação à saúde dos indivíduos e da população, mas também uma compreensão de normalidade subjetiva e “biopsicossocial” como equivalente às escolhas morais e comportamentais em relação a nós mesmos e nossos “estilos de vida”. Com isso, obesos que não emagrecem, hipertensos e diabéticos incapazes de controlar a pressão e a glicemia, infartados que seguem fumando, usuários de álcool e outras drogas que não estão em abstinência etc. têm suas vidas e escolhas tratadas como inaceitáveis, e vistos como um fardo econômico e moral para a sociedade.

Em vez de intervir sobre condições sociais relacionadas à saúde, como acesso à renda básica, alimentação, água potável e abrigo, o neoliberalismo transforma a saúde como sinônimo de um estilo de vida baseado em escolhas individuais. Cidadãos saudáveis são comparados a “bons” cidadãos; os doentes são considerados irresponsáveis (68).

A perspectiva governamental suspende antigas dualidades (“objetivo-subjetivo”, “estrutura-consciência”, “corpo-mente”, “biológico-social”, “liberdade-coerção”) e pensa a saúde imbricada a práticas de poder e a regimes de verdade. Ou seja, não somente como reflexo de um poder soberano/estatal e disciplinar/institucional, mas também como produção de sujeitos responsáveis moral e economicamente, cujas escolhas devem ser permanentemente avaliadas e validadas pela racionalidade verdadeira do mercado e da empresa.

É necessário, contudo, reconhecer que no movimento dessas relações de poder, há um processo permanente de resistência às formas de subjetividade, normalidade e risco que somos impelidos a desejar e escolher. Jamais seremos sujeitos coerentes e unificados de algum regime governamental; pensar o cuidado no neoliberalismo exige justamente reconhecê-lo entremeado por regimes de verdade e de poder em disputa, no qual a saúde e a subjetividade se produzem e resistem às nossas práticas de governo. E também desnaturalizar as formas de uma vida “responsável”, “segura” e “saúdável” que foram inventadas para nós, especialmente em um grave e crescente processo de desresponsabilização, insegurança e desigualdade social a que estamos todos submetidos.

Vale também observar como a pandemia de covid-19 tem exigido práticas epidemiológicas da Saúde Pública que não emergiram do governo neoliberal e tampouco respondem à sua lógica. O controle da pandemia tem revelado tensões entre estas instituições que, como viemos discutindo, estão ligadas à história do capitalismo e do governo liberal do Estado, e o sonho neoliberal do cálculo individual e comportamental do risco, incompatível com qualquer programa governamental minimamente exitoso.

Esse tema de investigação ganha, em nossa avaliação, ainda mais relevância em um contexto global de progressiva redução de serviços públicos e de avanço de um certo ceticismo em relação ao Estado, descrito como um espaço vazio e disfuncional. Em seu lugar, estariam surgindo redes transnacionais e fluidas de uma “governança sem governo”. Tal visão é compartilhada inclusive por grupos considerados “progressistas” mas com uma certa “Estadofobia” (69,70), isto é, críticos à ampliação de direitos sociais através do Estado.

Como dito anteriormente neste capítulo, Foucault localiza a sociedade civil diretamente relacionada à arte de governo liberal e ao surgimento do sujeito econômico na sociedade. É esse *homo oeconomicus* que vai habitar a realidade da sociedade civil. Conecta, desse modo, a formação da sociedade civil às tecnologias de governo que deram forma e configuraram o próprio Estado, em um processo que vai denominar de “governamentalização

do Estado”. Na leitura, há, portanto, uma justaposição entre Estado e sociedade civil. Sem tomá-los como conceitos universais e já dados, Foucault interroga permanentemente as grades discursivas e racionalidades de governo que tornaram possível a emergência do Estado. O Estado aparece como algo perpetuamente modificado, que existe, mas nunca suficientemente.

Essa leitura específica do Estado influencia um conjunto de pesquisadores anglo-saxões, responsáveis pelos denominados “estudos da governamentalidade”, a partir dos anos 90 (34,43–46,71,72). Esses estudos tinham como objetivo superar a cisão binária Estado-sociedade civil, considerando-a uma espécie de “beco sem saída” analítico que nos impediria de compreender a complexidade das formas de exercício de governo praticadas local e globalmente na sociedade. Nikolas Rose e Peter Miller, por exemplo, afirmam tacitamente que a linguagem que separa conceitualmente Estado e sociedade civil não é mais capaz de compreender as transformações nos modos de exercício do poder político contemporâneo (45).

Esse tipo de afirmação vai justificar o deslocamento teórico dessas pesquisas de preocupações macropolíticas - como a estrutura de classes sociais, a concentração de poder e riqueza e o papel da intervenção e da regulação estatal-, para práticas “locais”, “difusas” e “menores” de governo, inseridas em um plano micropolítico de exercício de poder. Uma espécie de virada para o estudo localizado dos discursos, das tecnologias de produção de sujeitos, das micropolíticas e microfísicas do poder.

Concordamos com Dean e Villadsen (69) quando afirmam que Foucault, ao observar a psiquiatria, o sistema prisional, a clínica hospitalar e a justiça, sempre tomou o Estado como objeto de investigação. Seu interesse era, a partir da análise desses diferentes dispositivos, desvelar a própria experiência e genealogia do Estado moderno. A própria ideia de “governamentalidade” aparece textualmente na obra de Foucault como uma análise do Estado, não algo que se encontra fora ou além do Estado.

A investigação da “governamentalidade” passaria por revelar as condições da existência, expansão e da experiência de um Estado incessantemente confrontado com a sociedade civil, seu domínio externo. É nesse confronto que o exercício do governo se realiza e deve ser observado.

Como apresentamos aqui, diferentes autores, vinculados a “estudos de governamentalidade” nos anos 90, buscaram observar de forma mais “empírica” do que “sociológica” a emergência de novas formas de exercício e de resistência ao poder, vendo a racionalidade liberal como uma fábrica permanente e móvel de novas tecnologias e práticas de

governo. Em comum nessas análises, havia uma reversibilidade do poder político e uma abordagem explicitamente não-Estadocêntrica. Um olhar do que residia “fora do Estado”, as multiplicidades de atores não estatais e práticas moleculares e menores de governo da conduta, que rompiam com antigas e obsoletas cisões da teoria política (Estado-sociedade civil, público-privado, governo-mercado e assim por diante). O poder político seria exercido nessa profusão de alianças entre diferentes autoridades que buscam governar a vida econômica e social e a conduta humana.

A recusa metodológica inicial em tomar o Estado como centro da análise acaba se transformando em uma estrutura teórica que se julga mais adequada para entender nossas formas contemporâneas de poder político. Além disso uma espécie de reconhecimento dos potenciais dessa experimentação social permanente. Distantes dos discursos de coesão e das estratégias do Estado, os indivíduos poderiam finalmente acessar uma variedade de recursos e técnicas da subjetividade para inventar a si mesmos e tornar-se novos tipos de atores políticos. É o que Rose vai designar em um momento de sua obra de “ético-política”² esse campo criativo de contestação e auto-invenção que surge com a crise do bem-estar social e a emergência do liberalismo avançado.

Entendemos que o uso metodológico da governamentalidade pode nos ajudar a realizar análises mais sofisticadas da política, ao suspender temporariamente uma compreensão funcional e totalizante do Estado, e tornar suas racionalidades de governo inteligíveis. Reconhecemos, porém, que esta ótica imanente dos dispositivos governamentais pode fazer desaparecer a centralização do poder em um território determinado e por um conjunto de instituições, impedindo análises contemporâneas do exercício da lei, da soberania e de diferentes práticas políticas. No limite, a própria definição do Estado como forma de inovação política acabaria suprimida e a política transformada apenas em um jogo virtual entre diversas racionalidades técnicas.

² “(...) este novo jogo de poder opera em um campo que poderia ser denominado uma ético-política. (...) Se a disciplina individualiza e normaliza, e o biopoder coletiviza e socializa, a ética-política se preocupa com as técnicas do eu (self) necessárias para o autogoverno responsável e as relações entre a obrigação de alguém consigo mesmo e as obrigações para com os outros. (...) parece que de alguma forma “nós” - os sujeitos das democracias liberais avançadas - na ausência de quaisquer garantias objetivas para a política ou nossos valores, nos tornamos obrigados a pensar eticamente. Portanto, é provável que seja no terreno da ética que nossas disputas políticas mais importantes terão de ser travadas em um futuro previsível. Se assim for, seria inútil condenar esta mutação ética em nossas formas de pensar a política. Mais proveitosamente, precisaríamos encontrar maneiras de avaliar as novas tecnologias e as novas autoridades que procuram encontrar uma maneira de nos governar como indivíduos livres, por meio da ética” (34).

Mais do que idealizar um “São Foucault³” e tratar seu pensamento como uma solução analítica que sempre englobaria uma metodologia para compreender nossos problemas contemporâneos com uma vacina antineoliberal embutida, testada e pronta para uso, procuramos mergulhar em suas reflexões e sobretudo em usos possíveis e contemporâneos dela para pensar abordagens críticas ao governo do Estado e nossas políticas públicas.

Esse tema de investigação, em nossa avaliação, ganha ainda mais relevância em um contexto global de progressiva redução do papel do Estado na provisão de serviços públicos e do avanço no campo das ciências humanas de uma visão cética em relação ao Estado, caracterizando-o como algo cada vez mais vazio, supérfluo e destituído de soberania. Em seu lugar, estariam surgindo progressivamente novas redes “móveis de governo”, transnacionais fluidas e imateriais, produzindo uma “governança sem governo” e uma espécie de “Estado sem Estado” [em inglês, “staleless state”⁴].

Desconfiança que vem influenciando inclusive correntes e grupos políticos autoproclamados “progressistas”, mas críticos à defesa das políticas públicas e da ampliação dos direitos sociais via Estado. Essa “Estadofobia”, termo utilizado pelo próprio Foucault para descrever as teorias políticas que viam o papel negativo do Estado na organização da sociedade, vem influenciando pensadores que dialogam com a obra do filósofo francês e tomam como objeto e defesa em suas análises as práticas moleculares e menores de resistência da sociedade civil contra o poder estatal.

Em uma época em que a desigualdade e concentração de riqueza e renda seguem dominando a agenda política, entendemos que atualizar nossas formas de pensar o Estado e as políticas públicas é tarefa do pensamento crítico. Paradoxalmente, nem as leituras grandiloquentes sobre um capitalismo neoliberal perverso, que utilizam a governamentalidade para renovar o debate sobre a existência de um sujeito neoliberal, nem as leituras específicas de diferentes dispositivos e técnicas do contemporâneo, que reduzem a política à sua dimensão micropolítica e imanente, têm sido suficientes para inspirar e renovar o arcabouço teórico-prático das lutas por direitos e justiça social.

³ Essa imagem, discutida por Halperin (73), é problematizada por Dean, em um texto no qual nos provoca que Foucault “não deve ser defendido” (74).

Talvez seja necessário mais do que encontrar releituras adequadas à obra de Foucault e seus pensamentos sobre o neoliberalismo e o governo da conduta ou tomar um lado entre a defesa das virtudes de um governo feito por um Estado forte e solidário ou práticas antigovernamentais de uma sociedade civil permanentemente organizada e criativa.

O neoliberalismo não diminuiu realmente o tamanho absoluto do Estado ou suprimiu sua existência, mas apropriou-se progressivamente dele e de diferentes instituições sociais, subordinando-os à lógica empresarial e econômica. Além disso, tem sido extremamente hábil em mobilizar sentimentos antipolíticos e antissociais, normalizar e naturalizar a desigualdade e potencializar grupos de extrema-direita e fascistas (66), levando-os ao poder, como no caso recente do Brasil. Para enfrentá-lo, será preciso renunciar a certas posturas anti-Estado e anti-instituições presentes em determinadas leituras de Foucault e repensar nossa defesa do sentido do público e do Estado em nossa sociedade.

Será também necessário atualizar, disputar e produzir novos sentidos e práticas para a saúde, o cuidado, o risco, a normalidade, a subjetividade e a liberdade. Nas palavras de Wendy Brown, parece-nos fundamental transformar, por exemplo, a liberdade “de” (como condição formal) em liberdade “para” (como prática): “para realizar nossos sonhos, e não apenas sobreviver”; “liberdade de escolher, não simplesmente de abortar ou de com quem dormir – que é importante –, mas também de construir vidas, construir comunidades e mundos nos quais todos tenhamos vontade de viver”. Uma liberdade que esteja ligada não apenas a solidariedade e o bem-estar social, mas também a capacidade de vivermos em um ambiente sustentável e protegido e seja capaz de “seduzir” mais do que a liberdade neoliberal, afirmando-se como “algo com o que se constrói a vida”(75).

Outras governamentalidades, novas biopolíticas

Conforme vimos discutindo, o presente artigo buscou apresentar leituras contemporâneas do neoliberalismo, distintas das correntemente usadas na Saúde Coletiva brasileira, sem negligenciar a importância das críticas aos efeitos econômicos e políticos do governo neoliberal do Estado nas últimas décadas.

Reconhecer as múltiplas expressões do governo neoliberal exige pensarmos criticamente não apenas seus efeitos sobre as políticas públicas, o papel do Estado e os direitos sociais, mas sobre as relações sociais em torno da saúde, da normalidade e do adoecimento e

sobre o próprio cuidado. Dispositivos, técnicas e práticas de governo que produzem formas específicas e variáveis dos sujeitos pensarem, calcularem, estratificarem e organizarem as relações particulares que estabelecemos com nós mesmos.

Nesse sentido, mesmo sem uma definição única e normativa, entendemos ser necessário olhar as diferentes expressões do neoliberalismo, com suas heterogeneidades e contextos específicos pelo mundo. Como nos provoca Dean (76), enfrentar o governo neoliberal nos exigirá voltar a olhar para o que “está debaixo do nosso nariz...”, isto é, examinar tanto as conquistas e os limites das instituições que hoje associamos às democracias chamadas liberais, mas também a memória das reivindicações por democracia, socialismo, soberania popular e ampliação de direitos sociais que marcaram o século passado e a atualidade da resistência de movimentos e lutas atuais. E observar como esta razão neoliberal tem modificado nossas relações e práticas no campo da saúde, modificando a realidade do risco, da doença e da normalidade. No entremeio de uma subjetividade neoliberal em permanente atualização, o jogo em torno de instituições e práticas de saúde não legisladas pela verdade do mercado segue em aberto.

Uma das lições que o pensamento governamental nos ensina é que, acima de tudo, compartilhamos a condição de sujeitos de governo. Somos todos, em alguma medida, governantes e governados. Partir desse pressuposto nos convida a identificar e desenvolver outras governamentalidades e novas biopolíticas; menos excludentes, normativas e desiguais das que infelizmente temos naturalizado e praticado.

4. Clínica centrada na pessoa e o governo da subjetividade

*“só quero um favor teu,
não falemos de mim,
estou enfermo de mim mesmo”*
Pablo Neruda

*“melhor jeito que achei para me
conhecer foi fazendo o contrário”*
Manoel de Barros

Análises críticas da fragmentação, baixa resolutividade e hiperespecialização da clínica hospitalar fizeram parte da construção da Saúde Coletiva brasileira a partir dos anos 70. Baseando-se em experiências internacionais de sistemas de saúde públicos, hierarquizados e com ênfase em serviços primários, essa construção envolveu uma importante aposta no campo de práticas vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS) ⁵.

Como uma resposta ao modelo “hospitalocêntrico”, a APS era vista tanto como uma resposta mais racional e eficaz da organização dos serviços de saúde, quanto como um resgate de um sentido mais “integral” e “humanizado” da prática clínica. Parte dessas críticas utilizava como referência a obra de Michel Foucault sobre o nascimento da clínica de 1963, que descreve a reconfiguração dos regimes de visibilidade do olhar e trabalho médicos a partir do século XVIII e a nova grade discursiva sobre a doença decorrente do paradigma anatomopatológico e da clínica hospitalar. O hospital – bem como a prisão, a escola, a fábrica – representavam espaços privilegiados para o exercício do poder disciplinar sobre os indivíduos, a vigilância e adestramento de seus corpos, a ampliação de suas aptidões, a extorsão de suas forças, o

⁵ Trechos desse capítulo foram publicados como capítulo de livro (19).

crescimento de sua utilidade e docilidade e a integração em sistemas de controle eficazes e econômicos.

No caso brasileiro, múltiplos arranjos de organização da Atenção Primária coexistiram e estiveram em disputa no último século (6,77–80) e produziram nas últimas décadas uma série de experiências de cuidado no âmbito primário de atendimento.

No interior desses arranjos e da formação tanto do campo da Saúde Coletiva quanto da Medicina de Família e Comunidade, o tema da clínica na Atenção Primária assumiu uma dimensão relevante e distintos modelos e dispositivos clínicos críticos ao paradigma hospitalar foram formulados ou adaptados. Dispositivos que buscavam ser mais “abrangentes”, “inclusivos” por meio de uma abordagem “holística”, “ampliada” e/ou “integral” e que levavam em conta a “pessoa como um todo”, a “subjetividade” e a “autonomia” dos usuários.

Tais debates, além de marcarem presença no campo teórico-conceitual da Saúde Coletiva e mais recentemente da Medicina de Família e Comunidade, influenciaram a formulação de políticas ligadas à Atenção Primária no país. Vale notar que a Política Nacional de Humanização de 2003 quanto a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2006 e 2011 incluem diretamente o conceito de Clínica Ampliada em suas formulações, mas a última PNAB editada pelo Ministério da Saúde, publicada em 2017 e em um contexto histórico de retrocessos importantes e alvo de críticas importantes (81,82) vocalizadas pelo movimento sanitário, mantém a referência a uma “clínica ampliada”, mas inclui pela primeira vez como diretriz o “cuidado centrado na pessoa”⁶.

No presente capítulo, proporemos uma reflexão a partir de modelos clínicos “centrados no paciente-pessoa”, produzidos no arcabouço da medicina de família internacional e que se vinculam à Atenção Primária, observando-os à luz do diagrama governamental. Entendemos que observar de que forma tais dispositivos e a clínica na Atenção Primária podem operar como tecnologias de governo da subjetividade é uma das formas de ampliar nossas análises críticas

⁶ Ainda que o objetivo do presente capítulo não seja analisar especificamente essa trajetória de referências, podemos citar tanto a inclusão do termo “cuidado centrado na pessoa” quanto a posterior mudança no nome do Departamento de Atenção Básica para uma Secretaria de Atenção Primária em 2019, como influências do referencial internacional da medicina familiar e do campo científico da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade na formulação recente de políticas e portarias ligadas à Estratégia Saúde da Família e outros componentes da APS brasileira. Discuti as tensões entre as histórias e os discursos da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunidade brasileiras no mestrado (6).

de modalidades e estratégias de cuidado, que comumente carregam um juízo positivo *a priori* por incluírem de diferentes maneiras o paciente / a pessoa e sua subjetividade.

A clínica centrada no paciente/na pessoa

O Método Clínico Centrado no Paciente/Pessoa (MCCP) apresenta-se como uma abordagem crítica ao método clínico hegemônico “centrado na doença”. Proposto no Canadá por pesquisadores do campo da medicina de família a partir dos anos 80, o método anuncia como objetivos: a) explorar as principais razões do paciente para a visita, preocupações e necessidade de informações; b) procurar uma compreensão integrada do mundo do paciente; c) localizar uma base comum sobre qual é o problema e concorda mutuamente sobre a gestão do cuidado; d) qualificar a prevenção e promoção da saúde; e) aprimorar a relação entre o paciente e o profissional de saúde (83,84).

Aponta-se que a primeira menção na literatura médica ao termo “medicina centrada no paciente” foi feita em 1976 por Byrne e Long, que buscaram classificar o comportamento verbal de médicos generalistas britânicos durante consultas, apontar diferenças entre as consultas, identificar mudanças no estilo das entrevistas e dar feedbacks aos médicos para suas ações (10,85,86). Já a menção a uma “medicina centrada na pessoa” aparece em 1970, diferenciada de uma “medicina centrada na doença”, em uma obra de Michael Balint e autores analisando práticas clínicas na APS, também na Inglaterra (87,88).

Dentre as várias abordagens sobre a questão do significado e do uso das nomenclaturas, Starfield (89) afirma que a medicina centrada no paciente geralmente se refere a interações especificamente em visitas médicas, centra no controle e na evolução das doenças e vê a comorbidade como uma série de doenças crônicas e os sistemas do corpo como distintos. Enquanto isso, a centrada na pessoa é mais ampla, ligando-se a encontros e relações temporais e longitudinais e na evolução da pessoa, não apenas da doença; considera a multimorbidade; e vê as doenças e os sistemas como inter-relacionados.

Optamos por colocar sempre “paciente” e “pessoa” justapostos ao mencionar o método, já que a formulação original e mantida até hoje nos livros e artigos em inglês tem como título “Patient Centered Medicine” (Medicina Centrada no Paciente). No Brasil, optou-se por traduzir para “Medicina Centrada na Pessoa”, sem haver no livro uma justificativa específica para a mudança.

A questão da escolha entre paciente e pessoa e a tradução alterada para o português foi abordado em uma das perguntas nas entrevistas com as professoras Moira Stewart e Judith Belle Brown, coorganizadoras do livro original. Stewart é enfática ao afirmar que “não se importa” como as pessoas chamam, mas faz questão de frisar que

algumas pessoas pensam que chamá-lo de centrado no paciente traz consigo o ponto de vista autoritário do tipo dos anos 1950, 1960: (...) ‘Você é o paciente, pare de fazer perguntas, sou eu que vou te dizer o que fazer’. Não vemos a palavra dessa forma. Vemos a palavra paciente como uma palavra que vem da raiz latina, que significa alguém que está sofrendo. Não tem a ver com o papel que o provedor é importante e ou não, tem a ver com você que está sofrendo e eu estou aqui para ajudar (ANEXO 8.2).

Já Judith Belle Brown segue um caminho parecido de argumentação, acrescentando ser

(...) muito importante manter a pessoa de quem estamos cuidando identificada como o paciente, que é nossa responsabilidade aliviar esse sofrimento e esse sofrimento pode ser físico, pode ser emocional, pode ser espiritual. Temos lutado com esse debate por muitos anos, e ainda mantenho a importância de se referir a ele como o paciente, porque o paciente é o centro. E aquele paciente é uma pessoa, mas, naquele momento, é uma pessoa que precisa de cuidados. Assim, são pacientes (ANEXO 8.3).

No capítulo de apresentação sobre a evolução histórica e as bases teórico-conceituais para o desenvolvimento da medicina centrada no paciente-pessoa, McWhinney cita diferentes referências filosóficas do pensamento médico. Mas quando anuncia a necessidade da reforma do método clínico moderno, aponta a importância do pensamento de Michael Balint e suas reflexões sobre a subjetividade dos médicos generalistas e a relação médico-paciente; e do paradigma biopsicossocial proposto pelo psiquiatra George Engel, que integrava os dados biológicos, psicológicos e sociais ao processo clínico. O autor afirma que para superar o método clínico anatomopatológico e hospitalar, é necessário propor outro com os mesmos “pontos fortes”: uma fundamentação teórica, um claro conjunto de definições sobre o que os médicos devem fazer e com critérios de verificação pelo qual possa ser avaliado. Nesse sentido, afirma que Balint e Engel forneceram uma teoria; mas não um modelo suficientemente claro para que fosse aceito, validado e executado como uma nova forma de praticar uma medicina, centrada no paciente ou na pessoa. O método seria, dessa forma, uma versão mais atualizada da luta histórica que buscava reunificar duas noções conflitantes: “a natureza da doença” e o “papel do médico”; e um movimento para trazer a “prática médica e o ensino de volta ao centro” e para reconciliar “a clínica com a medicina existencial”. Ele deveria restaurar o “antigo ideal de Hipócrates” de amizade entre médico e paciente e possibilitar a existência de uma medicina que

fosse capaz de ver “a doença como expressão de uma pessoa que tem uma natureza moral, uma vida interior e uma história de vida única”. McWhinney conclui defendendo uma medicina que cure pela terapia “da palavra” e “do corpo” (15).

Antes dividido em seis componentes⁷, as últimas edições do livro e artigos referentes ao MCCP sintetizam o método em quatro componentes e metas compartilhadas do cuidado: 1) explorar a saúde, a doença e experiência do adoecimento; 2) entender a pessoa como um todo; 3) elaborar plano conjunto de manejo dos problemas; e 4) intensificar a relação médico-paciente.

Ao apresentar o primeiro componente, as autoras chamam a atenção para as percepções dos pacientes sobre a saúde e às suas experiências pessoais de adoecimento. Há aqui uma distinção em inglês entre doença como *disease* e *illness* (a última traduzida por alguns autores como “enfermidade”). Esta separação envolve uma alteração patológica delimitada pelo saber médico institucionalizado (*disease*) e a própria percepção subjetiva do adoecimento dos indivíduos (*illness*).

Para as autoras, a doença e a experiência da doença não necessariamente existem ao mesmo tempo: pacientes assintomáticos podem estar doentes; pessoas com sintomas não necessariamente têm uma doença definida. Adoecer acaba significando, com frequência, uma crise dolorosa que sobrecarrega as capacidades de enfrentamento de alguns pacientes e desafia outros a crescer pessoalmente. A perda de capacidade súbita ou crônica desestabilizam a vida dos pacientes; a tentativa de adaptação sem sucesso causam ansiedade e isolamento social e uma danificação da autoestima, da qualidade de vida e da própria identidade do paciente (15).

O método propõe, dessa forma, que haja uma definição única de saúde para cada pessoa e que envolva as aspirações, propósitos e o significado de saúde para o próprio paciente. Isso envolve abordar os sentimentos e temores em relação aos problemas, suas compreensões sobre o que pode haver de errado, os efeitos da enfermidade e as expectativas em relação à consulta e ao tratamento. Os médicos têm a função de ajudar os pacientes a contar suas histórias de

⁷ Saíram os componentes “Sendo Realista” e “Prevenção e Promoção da Saúde”. As autoras justificam que ser realista com o tempo e com a estrutura da equipe na unidade de saúde não faria parte específica do cuidado clínico e prevenir e promover a saúde seriam atos intrínsecos à relação médico-paciente, permeando os demais componentes (84).

saúde e doença e com isso ajudá-los a criar um significado e a dominar melhor suas experiências de saúde e doença.

Essa assistência depende das “pistas” ou “deixas” do encontro médico-paciente. É através delas que os pacientes costumam indicar aos médicos sobre o motivo pelo qual estão procurando a unidade de saúde naquele dia: sinais, verbais ou não, que revelam seus medos, suas preocupações, suas angústias. Um choro, uma afirmação como “essa gripe vai me matar” ou um inchaço novo nas pernas. Como afirma Moira Stewart, na entrevista, isso envolve “verificar com o paciente sobre qual é a versão atual do problema (...) A visão que o paciente tem de si mesmo naquele dia é o que importa” (ANEXO 8.2).

Em outro trecho da entrevista, a pesquisadora diz que acredita “fortemente que a medicina de família é uma espécie de cola que ajuda a sociedade a se manter coesa” (ANEXO 8.2). Este papel da APS em manter a coesão da sociedade também foi apontado por Starfield (1), que afirma que, dentre outros fatores, o estado de saúde de uma população depende do “senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade”.

Essas afirmações mostram a influência que o pensamento funcionalista do sociólogo Talcott Parsons segue exercendo, a despeito de distintas ênfases e abordagens, sobre a literatura em torno do papel da APS e da relação dos profissionais com pacientes neste ambiente. Neste pensamento, o adoecimento é visto como um desvio, como uma quebra involuntária da capacidade geral para o desempenho eficaz de tarefas consideradas valorizadas. A enfermidade (*illness*) seria, antes de tudo, um comprometimento da integração do doente nas relações com os outros, na família, no trabalho e em muitos outros contextos. A pessoa que sofre de uma doença grave e fisicamente incapacitante ficaria isenta do cumprimento de obrigações sociais que normalmente espera-se que cumpra; para manter essa suspensão de juízo, as pessoas doentes devem desejar melhorar. Se não o fizerem, podem ser acusadas de fingimento. Em alguma medida, estar doente acaba significando necessitar de ajuda médica para voltar à “normalidade”: quem está doente, quem sofre, deve se colocar nas mãos de médicos para ajudá-los a ficar bem novamente. Ou seja, esta perspectiva funcionalista sobre a experiência da doença acaba vinculando a ideia de doença à correção de um desvio, conseguido por meio da procura por um tratamento médico. O paciente, acometido por algo exterior a seu controle, busca sair da condição de anormal (90,91).

Tal compreensão acaba não levando em conta uma série de questões relacionadas à saúde que envolvem decisões feitas pela própria pessoa e que implicam na possibilidade de adoecimento: a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, o abuso de alimentos industrializados e com alto teor de carboidrato e gordura. Ignorando diferentes potenciais de contradição entre os interesses dos profissionais e dos pacientes e a dinâmica social do adoecimento, a dicotomia entre coesão-conflito aparece centralmente como uma questão de comunicação e localizada na relação entre médico e paciente; e passível de ser resolvido através de uma boa condução da entrevista na consulta, de uma escuta qualificada e atenta e da identificação e do reconhecimento dos problemas e demandas que originaram a consulta.

A pessoa “como um todo”

Para o MCCP, é necessária “uma compreensão do mundo dos pacientes - isto é, da pessoa como um todo, suas necessidades emocionais e suas questões de vida” (84). Ainda que não utilize a terminologia “sujeito” ou “subjetividade”, a ideia de “pessoa como um todo” inclui a internalização de uma vida psicológica do indivíduo e aparece descrita como a “conscientização dos múltiplos aspectos da vida da pessoa, como sua personalidade, a história de seu desenvolvimento, as questões de seu ciclo de vida e os múltiplos contextos em que vive” e “percepção de sua capacidade de responder a mudanças e gerir conflitos”. A “pessoa como um todo” é representada no método como a soma dos conjuntos da doença, da saúde e da experiência da doença.

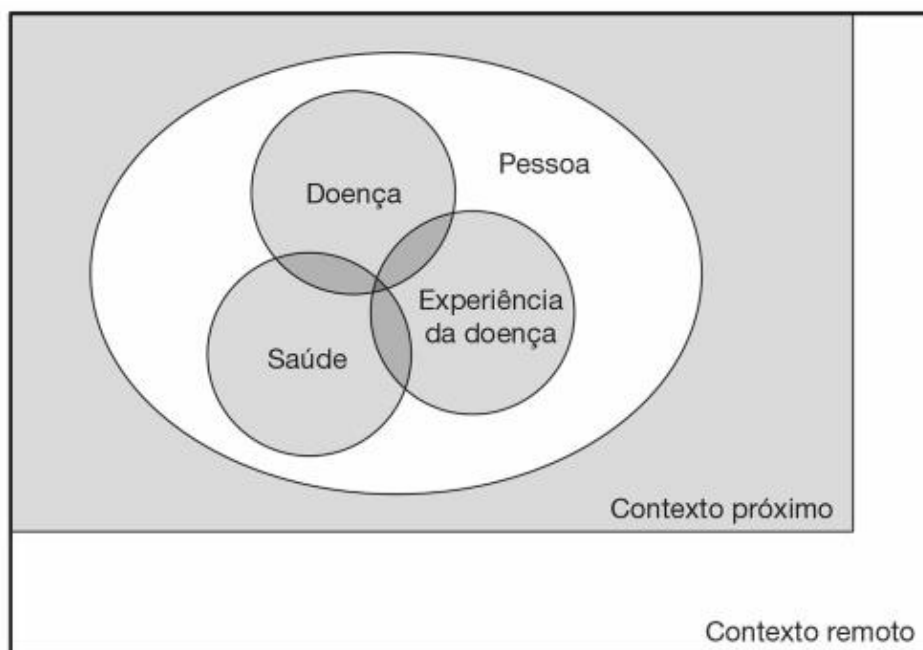


Figura 1 – “A pessoa como um todo” (84)

Aparece no MCCP o conceito de um “desenvolvimento individual saudável”, descrito como um senso sólido de si mesmo, uma autoestima positiva e uma posição de independência e autonomia associada à capacidade de estabelecer relações e intimidade. A ideia da vida do paciente é vinculada à compreensão e à negociação do profissional de saúde em relação às suas “fases de desenvolvimento”:

Isso pode acontecer de forma isolada e solitária para uma viúva idosa ou de forma ampla e complexa para uma mulher com múltiplas responsabilidades como esposa, mãe, filha e trabalhadora. Dessa forma, seus estágios no ciclo da vida, as tarefas que assumem e os papéis que lhes são atribuídos influenciam o tipo de cuidado que elas buscarão (84)

Essa compreensão “holística” e integrada do sujeito doente é tributária do paradigma biopsicossocial. Nele, a racionalidade biomédica é vista como limitada para compreender a complexidade do adoecimento, uma vez que as partes não se reduziram o todo, que o binômio “saúde-adoecimento” ou o complexo “saúde-doença-experiência da doença” representariam melhor a totalidade do ser humano e que quando um dos componentes desse sistema é afetado haveria uma repercussão nessa “totalidade” (92).

A totalidade, unidade e identidade da pessoa representariam a composição das partes que compõem sua vida, incluindo a lesão anatomopatológica do corpo biológico (*bio*), a

experiência de sofrimento e de adoecimento decorrente da lesão, inserida na fase de desenvolvimento subjetivo (*psico*) e o contexto familiar, comunitário e cultural (*social*). Na formulação, essa síntese integrada, derivada do paradigma biopsicossocial, seria a “pessoa como um todo”.

Como discutiremos a seguir, a centralidade na ideia de pessoa liga-se à compreensão comum da identidade pessoal como expressão máxima de consciência, autonomia e de autenticidade individual, na qual a “pessoa” torna-se condição e realidade já vista como dada para qualquer relação política (e clínica) possível (93)⁸.

Ainda que não necessariamente no âmbito estrito da APS, começam a ser elaborados na década de 60 modelos clínicos ditos “alternativos” à compreensão do processo saúde-doença. Um dos mais conhecidos é o modelo “biopsicossocial”, elaborado originalmente pelo psiquiatra George Engel na década de 70.

Analisando a crise da psiquiatria e da medicina como um todo, Engel (1977, p. 129-134) critica a compreensão estritamente anatomopatológica do campo da saúde e sua consequente “desumanização”. Aponta como responsável dessa crise a permanente adesão “a um modelo de doença não mais adequado às tarefas científicas e responsabilidades sociais da medicina”. Apesar da biomedicina ter sido “bem-sucedida além de todas as expectativas”, havia nela uma série de problemas: internações desnecessárias, uso excessivo de medicamentos, cirurgias excessivas e uso inadequado de testes diagnósticos. O modelo biomédico não atendia todas as necessidades em saúde e as pesquisas não tinham mais o impacto desejado em “termos humanos” e os médicos estavam cada vez mais preocupados apenas com os procedimentos e eram “insensíveis aos problemas pessoais dos pacientes e de suas famílias”, fazendo com que as instituições médicas fossem vistas como “frias e impessoais”. O psiquiatra afirmava ser necessário um novo modelo médico que superasse o reducionismo da biomedicina e integrasse e ampliasse sua abordagem “para incluir o psicossocial, sem sacrificar as enormes vantagens da abordagem biomédica”. Relaciona inclusive a emergência deste novo paradigma com o aumento de interesse pela prática da medicina de família, que estariam “agora mais prontos para um modelo médico que levaria as questões psicossociais em consideração”.

⁸ Como também aponta Safatle (93), esse “fetichismo” da pessoa traz a ideia de consentimento e consensualidade e pressupõe um tipo de contrato racional e mercantil.

Ao analisar criticamente os potenciais e limites do paradigma biopsicossocial, Armstrong mostra-se bastante cético em relação a sua inovação e seu real rompimento com o arcabouço diagnóstico e terapêutico da racionalidade biomédica, interrogando se há de fato uma medicina “verdadeiramente unificada” do ser humano. O autor britânico chega a dizer que o modelo de Engel é “grosseiramente médico-centrado” e “sociologicamente ingênuo” e aponta que “além de colocar a biológico no topo de sua matriz disciplinar, (...) neutraliza qualquer desafio potencial de uma ciência social insubmissa na base, removendo o conflito da agenda”. Analisando a relação entre a biomedicina e as ciências sociais na área da saúde, conclui que o modelo biopsicossocial é simplesmente “o antigo com um brilho” e não deve ser visto como uma “panaceia” capaz de reconstruir o universo da doença. Armstrong traz à tona justamente o efeito contrário: o risco desse tipo de modelo reduzir o saber das ciências sociais a um “apêndice acrítico de uma biomedicina revigorada” (95).

Curiosamente, Armstrong, ao ser entrevistado sobre este artigo crítico ao paradigma biopsicossocial, afirma que o artigo foi escrito como critério para a inscrição de um evento acadêmico e não pretendia ser um artigo “sério”.

(O artigo) era só... “deixe-me dar uma olhada nesse biopsicossocial que é meio bobo”. Você sabe, tudo é biopsicossocial na nova medicina. E o que isto quer dizer? Bem, nada! (...) se todos acreditam em algo, deve estar errado. Eu começo com essa premissa. Quanto mais pessoas acreditam em coisas, (...) o poder subjacente a elas é mais forte. Se todo mundo acredita em algo, temos que procurar a fonte desse poder. (...) Na verdade, aquele artigo, que pensei ser apenas um texto menor, foi citado muitas vezes porque é o único que critica a medicina biopsicossocial. Porque a medicina biopsicossocial é uma coisa boa. É como uma virtude, é uma coisa boa. Você tem que ter coisas boas em seu mundo e em sua vida. A medicina biopsicossocial é uma delas. Mas por que todo mundo pensa que é uma coisa boa? Há um poder por trás disso (ANEXO 8.4).

Esse poder subjacente ao paradigma biopsicossocial aparece nas entrevistas com as formuladoras canadenses do MCCP. Ambas enfatizam a intenção de unificar diferentes aspectos em torno da saúde e da doença, e pensá-los de maneira mais “integrada” e “sinérgica”.

A dimensão da integração do psicossocial com a verdade da biomedicina também foi discutida por Ogden (96). A autora reflete como esse universo psi não foi desenvolvido para substituir, mas para complementar o corpo físico e essa justaposição entre psicologia e biomedicina mantém uma interação subordinada do corpo biomédico à mente psi. Esse

privilégio dos discursos médicos tem como efeito, mesmo quando são apontadas diferenças transculturais na saúde e na doença, na reafirmação da verdade da medicina ocidental. Mesmo que os outros modelos sejam interessantes, acabam invariavelmente considerados “mal-informados”. Essa perspectiva aponta que sem uma mudança radical, a “psicologia da saúde” e a “sociologia médica” acabam, no limite, apoiando nas explicações teóricas de causas e determinações, mas sustentando o mesmo paradigma explicativo de adoecimento anatomopatológico.

Os usos e sentidos do psicossocial são centrais para o desenvolvimento e a aplicação do MCCP. Moira Stewart justifica sua própria entrada no grupo que mais tarde criaria a nomenclatura e o livro em torno do método porque desejava “estudar a integração dos fatores psicológicos, sociais e físicos na saúde e nos cuidados de saúde” (ANEXO 8.2). Judith Belle Brown afirma que, com o método, elas tentaram “integrar nossos pacientes, integrar a saúde, doença e enfermidade na compreensão da pessoa como um todo. É muito mais amplo e se torna uma perspectiva mais integrada” (ANEXO 8.3).

Além disso, o MCCP foi criticado⁹ pela ausência do papel do inconsciente na transferência na relação profissional-paciente (98). De fato, não há um aprofundamento em torno das relações entre o inconsciente, a psicanálise e a medicina centrada no paciente-pessoa. Mas na introdução afirma diretamente que para ativar as habilidades da "compaixão, empatia, compartilhamento de poder, cura e esperança", seria necessário uma “apreciação dos aspectos inconscientes do relacionamento, como transferência e contratransferência” (STEWART, 2014, p. 30). Fiz esse questionamento diretamente a Judith Belle Brown, que afirmou que:

provavelmente fui eu quem realmente empurrei na escrita do livro sobre transferência e contratransferência, e isso se relaciona com meu próprio treinamento pessoal para meu doutorado (...) em uma escola muito psicodinâmica de serviço social nos Estados Unidos. Eu realmente me aprofundava em muitas teorias psicanalíticas e passei a apreciá-las por meio de meu treinamento e de minha prática clínica. O importante papel da transferência e contratransferência. E não apenas através de uma lente freudiana, mas indo ainda mais longe no mundo da psicologia do self e outros

⁹ Além desta crítica, Cunha também aponta que o MCCP não valoriza outras racionalidades médicas, não faz uma crítica mais densa à epistemologia biomédica, não destacar o trabalho multiprofissional e aposta na dimensão cognitiva e do empowerment (empoderamento) na prática clínica. Ao justificar uma espécie de não filiação teórica específica do MCCP, Moira Stewart faz menção de forma inusitada à “teoria radical de empoderamento” de Paulo Freire. A discussão e o papel do empoderamento na Promoção à Saúde foram discutidos por Carvalho e Gastaldo (97).

trabalhos que foram feitos desde então. Acho que influenciei esse processo significativamente (ANEXO 8.3).

Mesmo que com diferenças e posteriores debates mais densos do que a formulação original de Engel nos anos 60, o método acaba sendo reflexo dessa integração bio-psico-social proposta e é possível ver a influência desse tipo de pensamento em inúmeras discussões na área da saúde. É difícil contestar, por princípio que devemos ver o bio, o psico e o social. Sem uma delimitação específica do que significam esses termos e as trajetórias possíveis de nossas compreensões sobre o que é biológico, psicológico e social, ao contrário de perder um potencial analítico mais preciso, ele acaba sendo utilizado como subsídio para qualquer formulação em torno de uma prática clínica não fragmentada e que leve em conta os fatores ambientais e externos ao corpo individual do paciente.

A centralização no paciente-pessoa

Ainda que com histórias e referenciais distintos¹⁰, a formulação de uma série de modelos que buscavam superar um modelo clínico centrado na doença e que envolvessem as pessoas como um todo, os sujeitos e o contexto, isto é, que propusessem modelos de uma “clínica da subjetividade” influenciaram e seguem influenciando diretamente a estruturação do campo de práticas vinculado à Atenção Primária à Saúde.

A crítica à desumanização promovida pelo ambiente hospitalar e por práticas clínicas que desconsideram as demandas subjetivas do paciente acaba servindo de justificativa para a existência de médicos e métodos que reivindicam para si um potencial humanizador e acolhedor¹¹. Como aponta Armstrong (10), eles sempre são justificados pela necessidade de extrair o mundo subjetivo do paciente e esmiuçar sua vida biográfica; necessidade apontada como natural e auto evidente. “Adentrar o mundo” e “ver pelos olhos” do paciente: é essa a missão das poderosas ferramentas para conhecer e explorar o mundo dos que sofrem.

¹⁰ Discutida inicialmente no campo da Saúde Coletiva nos anos 90, a Clínica Ampliada (99) é uma das diretrizes que tomou importante corpo na formulação de arranjos do Ministério da Saúde nas últimas décadas. Apresentada como uma transformação da atenção individual e coletiva que leve em conta “outros aspectos do Sujeito”, não apenas o biológico, parte da necessidade de superação do tecnicismo e fragmentação do paradigma biomédico e hospitalar, buscando ampliar o objeto, os objetivos e os meios e repertórios de ação do trabalho em saúde e produzir maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos, envolvidos em seu contexto familiar, social e territorial.

¹¹ Com isso, obviamente não estamos afirmando que seria desejável permanecermos presos a práticas disciplinadoras e repressivas tradicionais na profissão médica, especialmente em países como o Brasil.

Essas técnicas configuram um novo espaço da saúde e da doença e acabam modificando tanto médicos quanto pacientes. Metamorfoseiam as formas que as consultas clínicas se desenvolvem, o roteiro da anamnese, a comunicação em torno do diagnóstico e do prognóstico, a orientação em relação ao tratamento e a avaliação específica sobre a aderência. Mas, para a técnica conseguir êxito em extrair esse mundo biográfico e subjetivo dos pacientes, era necessário que os próprios pacientes conseguissem algum nível de introspecção, a fim de exprimir seus anseios, tornar visíveis as “pistas” ou “deixas” na consulta e apresentar para os médicos manifestações diagnosticáveis de suas dimensões psicológicas e sociais.

Além disso, a história da construção desses métodos e reflexões em torno da “medicina centrada no paciente” ou “na pessoa” a partir dos anos 60 jamais partiam de relatos e modelos baseados nos próprios pacientes. Paradoxalmente, a busca por uma clínica mais humanizada aparecia proposta pelos educadores e formuladores médicos; era em torno dos relatos dos médicos generalistas e de família, em formação ou já formados, que emergiu a “centralização” no paciente eram justificadas.

Isso acaba ficando claro em uma das entrevistas. Quando questionada como descreveria a abordagem da “pessoa como um todo”, Moira Stewart fica inicialmente na dúvida quem era o sujeito em questão: se o médico ou o paciente. Quando confirmado que a pergunta fazia menção ao paciente, ela inicia a resposta afirmando que o método “foi derivado empiricamente (...) por médicos (que) estavam insatisfeitos com a forma como a prática médica era feita (...) Foi baseado na experiência, não de pacientes, mas de profissionais que pensavam sobre os limites de sua prática” (ANEXO 8.2). A declaração reforça a percepção comum em discussões clínicas “centradas na pessoa”: que o universo da identidade da pessoa é construído principalmente pelo mundo subjetivo e pela experiência e saberes dos médicos, não dos próprios pacientes.

É possível observar esse paradoxo na quantidade de atividades de formação médica ligadas ao ensino de medicina de família, no Brasil e no mundo, que utilizam as vídeo-consultas para analisar as competências e habilidades da relação médico-paciente da clínica. A subjetividade e a medicina centrada na pessoa são temas recorrentes dessas atividades; mas prioritariamente a partir da conduta e da perspectiva do médico. Como me provocou, Armstrong em nossa entrevista, após eu mencionar meu incômodo com essas atividades durante a formação médica:

(...) depois do vídeo com o ator, você assiste o vídeo de você mesmo. Você não assiste o ator. Ninguém está olhando para o ator. Todo mundo está olhando para você. Então, quem é o paciente aqui? É o ator que finge ser um paciente ou é o médico que está atuando? Então todo mundo olha para o médico, você incluindo você mesmo, e você reflete sobre o que vê no espelho. E assim você faz parte desse processo de compreensão e reflexão sobre si mesmo. É muito importante que você se veja (ANEXO 8.4)

Essa mutação das práticas em saúde é significativa. O hospital havia inventado uma observação “objetiva e desinteressada” (o olhar clínico) que contemplava um ente fragmentado e despersonalizado (o corpo do paciente); olhar que buscava ser o mais padronizado e replicável possível, independente de quem o utilizasse. A complexidade das formas de adoecer e de cuidar e a inclusão da ideia de subjetividade do paciente na clínica exigiram um novo tipo de observação e intervenção: um médico dotado de um “eu” psicológico próprio, para ser capaz de observar o “eu” psicológico dos que adoecem.

Da mesma forma que o exame clínico havia sido desenvolvido para revelar os segredos patológicos escondidos no interior do corpo, são essas novas técnicas de entrevista que buscam, no “interior” da mente dos pacientes, revelar suas subjetividades, suas personalidades, suas relações psicológicas com o processo de adoecimento e sofrimento.

Ironicamente, a clínica hospitalar havia procurado primeiro a identidade subjetiva da doença do que do próprio paciente: seus sinais e sintomas, suas particularidades, suas manifestações mais sutis e imperceptíveis. A subjetividade da pessoa emerge primeiro do limiar dessa descrição anatomopatológica das doenças - o olhar clínico buscava remover do relato confuso e misturado dos sentimentos do paciente a realidade objetiva da doença que se manifesta. Era tarefa do médico ver o que estivesse atrás das palavras, procurar no obscuro e confuso relato do paciente a verdade da patologia.

No meio do caminho entre a clínica e a doença, (re)aparecia a identidade de um paciente. O paciente começava a ter uma voz e um corpo independente da lesão patológica; suas palavras preenchiam o espaço de novas doenças. Os pensamentos de Balint caminhavam nesse sentido: o papel do médico era dar sentido e reorganizar as palavras dos pacientes (e dos médicos).

Essa organização das palavras dos pacientes no universo da doença exige a invenção de um campo de experiência de sentimentos, de sinais e sintomas e atrelado a um contexto familiar, comunitário e social; a colocação das palavras dos pacientes dentro de um campo de experiência

composto de sentimentos, sintomas e contexto social. O espaço da identidade do paciente revelado pela clínica centrada na pessoa envolvia também os códigos não-verbais, os olhos, as hesitações, a busca pelo não-dito também consolidavam essa nova subjetividade no encontro entre profissional de saúde e paciente. Nenhum paciente deveria escapar técnicas capazes de trazer à tona a verdade da confissão de emoções, ideias e experiências dos que sofriam (10).

Como Armstrong diz em sua entrevista, no século XIX, os psicólogos afirmavam que “gente comum” não era capaz de refletir sobre suas próprias mentes, de fazer o que denominavam de “introspecção. O pesquisador inglês afirma que

(...) olhando para trás, essa foi uma declaração arrogante e presunçosa, mas talvez fosse verdade. Talvez pessoas comuns em 1900 não pudessem fazer introspecção. Elas não podiam olhar para si mesmos. Agora elas podem. Porque nós as ensinamos. Transformamos a maneira como elas pensam sobre si mesmos. Todos devem fazer introspecção. Todos devem ser reflexivos, inclusive o médico. (ANEXO 8.4).

Ou seja, para que um método clínico centrado no paciente pudesse ser descrito e aplicado por diferentes profissionais da saúde, incluindo médicos de família, era necessário que o mundo da saúde e da doença contivesse a vida psicológica e biográfica dos pacientes e dos próprios profissionais.

Numa época em que novos modelos de comportamento em saúde exigiam cada vez mais dos pacientes que realizassem o máximo possível os processos de vigilância, regulação e controle de seus próprios corpos e mentes, essa centralização na subjetividade médica torna-se central para pensar a relação com o paciente. Esse novo modelo mais pessoal exigia o uso de um novo instrumento na forma do próprio médico, “afiado e calibrado para detectar certas categorias de fenômenos” (10). Os profissionais da APS em formação eram forçados a se relacionar com a imagem de si mesmos em vídeos, avaliados a partir de checklists e expandindo os pontos de vista e quadros de referência em relação à prática médica ideal. Esse novo espaço subjetivo dependia de o corpo dos profissionais tornar-se um proto-espaço onde projeta-se toda experiência e sofrimento dos pacientes e tensão organizacional dos sistemas de saúde.

A subjetividade no diagrama governamental

Propomos aqui uma leitura distinta da concepção de sujeito e de subjetividade no interior da prática clínica. Inspirados pelas leituras sobre a temática da governamentalidade, já

discutido especialmente no capítulo anterior, pensaremos a clínica, para além de seu âmbito disciplinar, como uma tecnologia de governo e de produção de subjetividade no contemporâneo.

Nikolas Rose é um dos principais autores contemporâneos que realiza leituras governamentais de diferentes campos de saber e poder, dentre eles os “psi”. Em entrevista, Rose afirma que ao invés de propor mais uma “teoria alternativa de sujeito” que se somasse às outras, seu interesse é

“investigar como os sujeitos, como os seres humanos vieram a pensar sobre si mesmos e a agir sobre si mesmos como determinados tipos de sujeitos, a julgar a si mesmos e buscar certos modos de viver adequados para si como determinados tipos de sujeitos (100)

Para isso, analisa as estratégias, as formas de linguagem, os modos de invenção, os tipos de julgamento das tecnologias no interior das quais os seres humanos “tornam-se” seres humanos. E interroga como os conceitos de “sujeito”, “pessoa”, “eu” (self) foram desenvolvidos, sob que condições e em relação a quais demandas e formas de autoridade. Ao contrário de um conhecimento que buscava desvelar uma essência já produzida e definida de nós mesmos, analisa as tecnologias onde se fabricam as formas que compreendemos, sentimos e exercemos nossas pessoalidades e subjetividades (71).

São essas diferentes tecnologias do “eu” (self) que formatam como o ser humano será compreendido em sua individualidade, portador de um domínio interior “psicológico” e pensado em relação à dinâmica social e ao mundo exterior. São elas também que vão desenvolver nossos mecanismos de autocontrole, orientação e aprimoramento, isto é, as maneiras pelas quais os indivíduos vivenciarão, compreenderão, julgarão e conduzirão a si mesmos.

Esse tipo de reflexão exige o rompimento de uma unidade da individualidade, que possuiria uma identidade estável, passível de ser representada enquanto um sujeito ou uma pessoa. Ao contrário da ideia frequente em textos de autoajuda e na área da saúde que nos incentivam a buscar nossos “verdadeiros eus”, nós somos obrigados a exercer inúmeras e contraditórias formas de personalidade. A todo instante e ao mesmo tempo, somos exigidos ser bons trabalhadores, bons pais ou mães, bons amantes, consumidores vorazes e ao mesmo tempo termos corpos saudáveis. Como buscar e encontrar um só e verdadeiro eu, quando se exige que sejamos um só e individualistas e competitivos no trabalho, amorosos no casamento, solidários

na criação dos filhos etc.? Esta multiplicidade vai criando diferentes subjetivações em permanente movimento e conflito, em um jogo de forças das racionalidades políticas, das práticas de governo e de resistência.

Romper com a unidade do sujeito significa observá-lo fora dos termos em como “a pessoa se relaciona consigo”, como um espaço fechado e delimitado da individualidade. Significa também incluir na análise a própria perspectiva e a história das teorias que unificam “o sujeito”, “a pessoa”, “o indivíduo” em torno de um corpo como um “envelope” de uma “alma” ou uma “psiquê, que o anima e o habita. Ao invés de supor um desejo “ontológico” e “natural” das pessoas se entenderem e se definirem como indivíduos, pessoas, sujeitos, propõe-se investigarmos a história dessa vontade e seus efeitos. Em suma, significa pensar a subjetividade a partir de um plano de contingências e historicidades transitórias e buscar mais perguntas em relação ao que os seres humanos são capazes de fazer e produzir e menos quem eles verdadeiramente são.

Uma genealogia crítica sobre a subjetividade significa desfazer a lógica dualista entre corpo e consciência; em ver as categorias psicológicas (o self, ego, o indivíduo, a pessoa) como ficções de uma substância de identidade. A inspiração do cogito de Descartes na gramática e sua separação estrutural e fixa entre sujeito e predicado; que, a despeito das rupturas que o pensamento psicanalítico propôs, seguem ocultando nos modelos clínicos que pensam “a pessoa” uma complexidade e pluralidade de forças em conflito. Além disso, há uma secundarização e instrumentalização da função central do corpo na produção de subjetividade (101).

Como provoca Haar (102), “a filosofia nunca deixou de desprezar o corpo; não quis reconhecer que é o corpo que sussurra pensamentos ao ‘sou!’ e que a consciência é apenas um fenômeno superficial e terminal”. E vai além: “A psicologia sempre idolatra as unidades superficiais por medo de enfrentar a multiplicidade inquietante das profundezas do ser”.

Nessa perspectiva, a subjetividade não é uma estrutura latente previamente dada e posteriormente recheada, formatada no circuito interior-psicológico e exterior-civilização, mas um efeito complexo de relações entre objetos, práticas, técnicas e forças de poder e de governo. São essas várias relações e vínculos que agrupam os sujeitos e que possibilitarão que os seres humanos se relacionem de diferentes formas com seu próprio “domínio psicológico”: como seres desejáveis e desejantes, sexuais, trabalhadores e com as mais variadas intencionalidades.

Mais do que uma entidade ou estrutura fixa, o sujeito pode ser pensado como um agenciamento¹² que vive a mesma metamorfose das técnicas, tecnologias e práticas de poder que o configuram. Dentre elas, as próprias abordagens “psi” e “biopsicossociais” que, além de significar formas de representação do sujeito, cumprem um papel fundamental no governo das pessoas de acordo com sua “natureza” e sua “verdade” individuais e com diferentes exigências sociais (ordem, tranquilidade, bem-estar, sucesso, felicidade, harmonia etc.). Esses agenciamentos não são delimitados pela expressão de um corpo físico, mas como resultado da produção de inúmeros componentes (órgãos, forças, energias, paixões, conflitos) e conexões (linguagens, sonhos, técnicas, ferramentas, arranjos de gestão)¹³.

Todo esse campo (bio) “psicossocial”, desenvolvido em uma multiplicidade de instituições, contribui para moldar nossas aspirações sociopolíticas, os sentimentos decorrentes delas e as formas que buscamos atingi-las. Estas “racionalidades práticas” tecem nossa experiência cotidiana, nossos padrões de normalidade e de julgamento e nossa produção enquanto sujeitos. Dessa forma, configuram-se tecnologias de subjetivação: dispositivos, técnicas e práticas de governo que vão produzindo formas específicas e variáveis dos sujeitos pensarem, calcularem, estratificarem e organizarem as relações particulares que estabelecem com eles mesmos.

É nesse sentido que Caponi (105) identifica a crescente formação de uma “hermenêutica psiquiátrica de si” na sociedade. Fazendo um paralelo com a leitura da hermenêutica cristã presente em textos do final da vida de Foucault, coloca em questão o papel dos saberes psi (em especial, da psiquiatria) em relação ao governo dos outros, a partir da ampliação de diagnósticos para sofrimentos cotidianos; à necessidade de aceitação e subordinação à verdade psi; e à enunciação permanente de uma verdade sobre nós mesmos, catalogada em termos psiquiátricos e patológicos. Tomando como base sua provocação, cabe-nos indagar como o campo de

¹² Ao analisar o conceito de agenciamento, Deleuze afirma que ao invés de ir de uma exterioridade aparente para um “núcleo de interioridade essencial”, esse método envolve “conjurar a ilusória interioridade para levar as palavras e as coisas à sua exterioridade constitutiva” (103).

¹³ É interessante notar a provocação crítica de Dean em relação a esse tipo de abordagem imanentista do pós-estruturalismo e suas relações com o neoliberalismo: “O momento da teoria pós-estruturalista com seus dispositivos e figuras semelhantes (o agenciamento, a rede, até mesmo o sistema complexo) abraçou totalmente a ‘lógica econômica’ (...) [e] foi incapaz de tornar inteligível a maneira como vários dispositivos pressupõem e constituem um horizonte transcendente de, por exemplo, soberania, nação e Estado, e as práticas de glorificação que os sustentam. Foi condenado a descrever assiduamente as racionalidades governamentais imanentes do liberalismo contemporâneo e totalmente incapaz de compreender nosso desafio hoje, a relação entre essas lógicas ‘economificadoras’ que passaram a ocupar e neutralizar as práticas e poderes políticos (...)” (104).

produção discursiva em torno da subjetividade (e da “pessoa”) e do risco (e das formas de “prevenção; conforme discutiremos no capítulo a seguir) produzem determinada hermenêutica de uma “subjetividade em risco”, na qual caber-nos-ia aceitar a verdade de quem nós somos e dos riscos que corremos.

Vale ressaltar que sempre haverá práticas de resistências a essas estratégias de governo. Dentro dessas relações de poder, encontramos-nos constantemente resistindo às formas de pessoalidade e subjetividade que somos conduzidos a adotar e a desejar. Isso significa que, ao fim e ao cabo, jamais somos ou seremos os sujeitos unificados de algum regime “coerente” de governo. Essa perspectiva dificulta a própria ideia de liberação da natureza última ou das verdadeiras potencialidades dos sujeitos. Não permite tampouco que sejam pré-estabelecidos fundamentos normativos para um desenvolvimento normal, saudável e adequado de nossas subjetividades.

Novos espaços da saúde e da subjetividade

Como viemos discutindo, a centralização no paciente e evocação de seu mundo subjetivo ganham proeminência com a perda de capacidade do paradigma hospitalar em responder sozinho a um conjunto mais amplo de necessidades de saúde individuais e populacionais. Mas constatar que a fragmentação e hiperespecialização da medicina são menos custo-efetivas aos sistemas de saúde e produzem danos aos pacientes não implica na apresentação de um paradigma e uma técnica diferenciada em relação ao hospital. Da mesma forma, identificar a quantidade de pacientes que apresentam sintomas inespecíficos de alta complexidade e baixa gravidade não garante a existência de um locus de assistência que se anunciasse capaz de responder a essas situações.

Esse novo espaço de assistência à saúde precisou ser inventado no século XX. Com diferentes técnicas vinculadas à APS e a outras políticas e programas políticos, a doença passa cada vez mais a ser mapeada e governada como um ponto nodal de uma rede de relações subjetivas, familiares e territoriais. A identidade do paciente e a relação entre sua subjetividade com a prática médica saem de uma condição de marginalidade; a eficácia dos programas epidemiológicos, de controle de doenças crônicas e de intervenções sobre diferentes “fatores e comportamentos” de risco dependiam de formas menos autoritárias e padronizadas de prescrição (106,107).

Nesse sentido, o “paciente”, a “pessoa como um todo” e sua subjetividade aparecem nos discursos, programas e ferramentas da APS tanto como uma existência a ser ratificada quanto como uma realidade a ser produzida (108). Essa “verdade psicológica” do paciente é embutida por uma descrição normativa e ideal de saúde e de um comportamento do paciente que tem sofrimentos a serem abordados e problemas para serem resolvidos pelo profissional de saúde.

Além de fazer uma genealogia crítica dessas ferramentas, é necessário interrogar quais que tipo de práticas de cuidado não normativas - ou com outras gramáticas de normatividade - são capazes de colocar tensão sobre nossas auto evidências do que significa o “paciente” e “de pessoa como um todo” e nossos ideais de um desenvolvimento subjetivo normal e saudável. Transpondo a problematização de Butler (101) em torno do gênero: como nossas formas de compreender e agir na saúde determinam antecipadamente o que se qualificará como dimensão “subjetiva” da clínica e uma abordagem “biopsicossocial” e “centrada no paciente-pessoa”? Como nossas presunções sobre a normalidade funcionam para delimitar o próprio campo de descrição que temos para o paciente, para a doença e para a clínica? Quais são os meios pelos quais as transformamos?

Criar estas novas (bio)políticas talvez nos exija repensar nossa percepção e intervenção sobre corpos e comportamentos considerados irracionais, problemáticos, desviantes e, em alguma medida, e deslocar a normalidade para uma dimensão mais performativa¹⁴, passível de ser compreendida e operada somente a partir dos próprios usos que assume nas práticas de cuidado.

Exige também problematizarmos o papel do diagnóstico e da identidade da doença e do doente na relação profissional-paciente, reconhecendo que seu uso tem papel fundamental na legitimação da doença e no reenquadramento dos sintomas para padrões reconhecíveis tanto para os pacientes quanto para os profissionais legitima a doença. E quando um diagnóstico é dado, ele reenquadra os sintomas em um padrão que parece reconhecível para o médico e paciente.

Esse reconhecimento do diagnóstico em termos biológicos e psicossociais (os hipertensos, os obesos, os fumantes, os deprimidos, os vulneráveis, as crianças em situação de violência), a partir de certos arcabouços e modelos restritos à verdade científica do risco

¹⁴ Aqui utilizo formulação feita por Nikolas Rose em relação à psiquiatria e a saúde mental (ROSE, 2019, p. 9). Rose diz que o termo foi “inventado” por James Austin em 1965 para falar que determinados enunciados performativos eram capazes de fazer coisas. Dentre outras autoras, Butler (2006) também utiliza o conceito para pensar o gênero. Essa discussão é retomada no capítulo final da tese.

biomédico, dificulta a apreensão da singularidade e potência do cuidado e dos serviços de saúde em variadas situações.

Quando questionamos a realidade da doença e do mundo biopsicossocial enquanto entidades específicas com fisiopatologias intrínsecas, abrimos a possibilidade para colocar o diagnóstico como uma espécie de formulação, em torno da situação de quem é acolhido pelos serviços de saúde e pelo conjunto múltiplo de elementos que moldaram a realidade do adoecimento, seu ambiente e relações, incluindo as dubiedades e contradições dessa narrativa descontínua na qual a vida se desenrola (109).

Ao contrário da separação dicotômica entre presença ou ausência de fatores e comportamentos de risco, presença ou ausência de critérios diagnósticos e indicações de intervenção, uma nova prática diagnóstica em torno da subjetividade teria o desafio de questionar e formular permanentemente as potências e possibilidades práticas de cada sujeito e território acolhido pela APS.

Como vem apontando diferentes perspectivas de abordagem em saúde mental buscando o rompimento com o paradigma *psi* hegemônico, ao invés de perguntar “o que está errado contigo”, podemos perguntar: O que aconteceu com você? Como o poder tem operado na sua vida? Como isso tem afetado você? Quais sentidos e experiências desses acontecimentos? “O que você teve que fazer para sobreviver? Que tipo de respostas você já está usando? Quais são seus pontos e recursos de força? Qual sua história?”¹⁵

E construir a partir daí estratégias de cuidado que valorizem e reconhecem a descontinuidade e contingência das subjetividades produzidas pela clínica, observando a APS apenas como um dos momentos dessa produção discursiva e prática.

Governo da subjetividade (e resistências) da clínica na Atenção Primária

Em um momento de ataques a direitos humanos, políticas públicas cada vez mais frágeis e uma profunda desregulação da vida econômica e da seguridade social associado à crescente hiper-regulação da vida individual, é um desafio pensar práticas e modelos clínicos na Atenção Básica brasileira e que respondam a necessidade históricas e urgentes da população. Diferentes dispositivos e arranjos que representaram um avanço muito importante no acesso de grupos

¹⁵ Ainda que não seja o objetivo do presente capítulo, julgamos interessante citar aqui o “Power Threat Meaning Framework”, desenvolvido a partir de 2018 pela Divisão de Psicologia Clínica da Sociedade Britânica de Psicologia como uma alternativa conceitual ao DSM, da Associação Americana de Psiquiatria (110).

historicamente marginalizados nas últimas décadas vem sendo ameaçados diretamente de uma desfiguração ou até de término.

Ainda que paradoxalmente, esse contexto nos convida de alguma forma a pensar e reinventar os usos possíveis de modelos clínicos e dispositivos de gestão e de cuidado que foram produzidos no interior da Saúde Coletiva e do SUS nas últimas décadas. Abre também a possibilidade para analisarmos suas capturas pela racionalidade neoliberal, que cada vez mais penetra na formulação e execução dessas políticas, desresponsabiliza o poder público e desloca o risco e os agravos sanitários para o âmbito da escolha moral e da autonomia individual.

Nossas reflexões nesse capítulo buscaram trazer à tona o fato que a Atenção Primária pode operar como uma tecnologia de governo e afirmar, em nome de ideais científicos e racionalmente eficazes, modelos muito reduzidos de normalidade “subjéctiva” e “biopsicossocial”. Em nome de uma ideia de saúde e de um desenvolvimento normal, uma série de usuários que circulam pelos serviços de saúde têm suas vidas rotuladas e tratadas como inaceitáveis: obesos que não emagrecem, hipertensos e diabéticos incapazes de controlar a pressão e a glicemia, infartados que seguem fumando, bêbados que não desejam a abstinência, pessoas que vivem situação de marginalidade às regras sociais etc.

Mais do que ver a prática clínica como o momento de “guiar”, “orientar”, “responsabilizar” as escolhas racionais de usuários com suas identidades coerentes e fixas, tentamos pensá-la como uma das múltiplas forças sociais e institucionais contraditórias em que a subjetividade se produz, se molda e, simultaneamente, resiste às tecnologias que a governam. Essa perspectiva abre a possibilidade de, ao invés de buscar modelos mais eficazes e operacionais no exercício do governo das condutas e da subjetividade, considerar as próprias práticas antigovernamentais desses usuários “resistentes”, “marginais”, “problemáticos” na ideia e na produção da saúde. E buscarmos brechas para repensarmos as formas de vida e pormos em xeque como é produzida nossa busca por uma vida “autônoma”, “livre”, “responsável” e “segura”.

Quando desnaturalizamos esses ideais e nossos projetos, escolhas e possibilidades na prática clínica, podemos incluir nela a contestação das formas de vida e de saúde que foram inventadas para nós e talvez começar a inventar e governar nossas subjetividades de maneira diferente.

5. Prevenção quaternária e os riscos do risco

*“Faremos casas de medo,
duros tijolos de medo,
medrosos caules, repuxos,
ruas só de medo e calma.”*

Carlos Drummond de Andrade – O medo

*“Escute, meu chapa: um poeta não se faz com
versos. É o risco, é estar sempre a perigo sem
medo, é inventar o perigo e estar sempre
recriando dificuldades pelo menos maiores, é
destruir a linguagem e explodir com ela.”*

Torquato Neto – Pessoal e intransferível

A definição de Prevenção Quaternária

Além da medicina centrada no paciente-pessoa, parte do campo científico da APS internacional e, mais especificamente no Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade vem discutindo a medicalização a partir do conceito e da ferramenta da Prevenção Quaternária (P4).

A P4, termo proposto originalmente pelo médico belga Marc Jamouille em 1986, é descrita pelo dicionário da Wonca (entidade mundial de médicos de família), e frequentemente em textos que abordam a temática, como uma “ação tomada para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis”. E teria como objetivo responder de forma objetiva à

excessiva intervenção e medicalização na prática clínica, tanto nas práticas diagnósticas quanto terapêuticas (16,17).

Há uma alusão recorrente nos textos relacionados à ferramenta ao conceito princípio hipocrático de “Primeiro não prejudicar ou fazer mal” (*primum non nocere*), isto é, de evitar intervenções desnecessárias que podem ser iatrogênicas para os pacientes. A realização desse princípio passaria tanto pelo domínio atualizado do conhecimento clínico e epidemiológico que justifique condutas específicas quanto pela utilização desse saber no encontro e na relação médico-paciente.

A ideia de prevenção liga-se a evitar antecipadamente um dano futuro e ao conhecimento da história natural de um fenômeno para possibilitar a modificação temporal de determinados eventos. Na saúde, prevenir significa utilizar o conhecimento epidemiológico para controlar e diminuir a incidência de doenças e agravos específicos (111).

O debate original da hierarquização sobre níveis de prevenção foi feito originalmente na década de 50 pelos epidemiologistas norte-americanos Hugh Leavell e Edwin Clark. A prevenção primária atuaria em orientações específicas para evitar o desenvolvimento de doenças; a secundária em identificar e intervir sobre estágios iniciais e assintomáticos de uma doença; e a terciária em promover ações de reabilitação sobre doenças que já se manifestaram. A nomenclatura “quaternária” se relaciona com essa formulação original, ainda que não haja menção ou referência direta nos textos originais sobre a P4 ao debate específico da história natural das doenças e da medicina preventiva proposto por Leavell e Clark.

Em diferentes ocasiões, inclusive na entrevista que realizamos para esta pesquisa, Jamoulle afirma que a ideia da prevenção quaternária surgiu em uma aula de epidemiologia com exercícios de chi-quadrado. Neles, testam-se a ocorrência de duas situações (A e B) estarem ou não presentes (+ ou -) e se correlacionarem em quatro possibilidades distintas (A+B+, A+B-, A-B+, A-B-). Mas, ao invés de testar as ocorrências específicas do exercício, ele teria rabiscado um teste médico versus paciente, em relação à percepção de presença ou não de doença. Ou, em suas próprias palavras, “o conhecimento de alguns versus a dúvida da maioria e a ciência versus a consciência”(17)

Como afirma o autor na entrevista, a ideia de prevenção quaternária

veio em minha mente. Estava fazendo meu certificado de registros, fazendo uma aula de estatística. E estávamos estudando qui-quadrado. E sempre fui um mau aluno. Para ser bem verdade, achava aquilo chato. (...) fazia desenhos no papel (...) não sei por que, mas no lugar de testar uma situação, eu decidi

colocar o paciente e o médico. E falei: ‘Funciona!’ Se você considerar a evolução da doença e a evolução do sentimento do paciente. (...) A aula foi em 85 e eu publiquei o artigo da prevenção quaternária em 86 em francês. Felizmente, porque senão alguém teria roubado o conceito (ANEXO 8.5).

Figura 2 - Extraída de JAMOULLE (16)

	Evolution de la maladie Evolução da doença	
	non-présente não-presente	présente presente
Etat de conscience (estado de consciência)	prévention prevenção	dépistage rastreamento
en bonne santé em boa saúde	I	II
	" ? "	suivi acompanhamento
malade doente	IV	III

Figure 1 : La prévention, le malade et la maladie

Figura 1: A prevenção, o doente e a doença

Nesse diagrama, a avaliação do médico em relação à presença ou não da doença precisa ser correlacionada com a do paciente. Há, assim, quatro situações possíveis: a) paciente sente-se mal e médico avalia que está realmente doente; 2) paciente sente-se bem, mas médico avalia que na verdade está doente; 3) paciente sente-se bem e o médico conclui que realmente não está doente; e 4) paciente sente-se mal, mas médico avalia que não há doença.

Nesse sentido, a prevenção quaternária teria sido vista originalmente como uma atuação sobre aqueles pacientes que se sentem doentes, mas os médicos não encontram doença. O risco aqui seria de uma intervenção desnecessária; prevenir “quaternariamente” seria justamente não intervir para pesquisar uma doença não encontrada inicialmente ou medicar sem necessidade¹⁶.

¹⁶ Com ênfase distinta e uma ampliação institucional para além da medicina familiar, movimento semelhante ao da P4 pode ser observado no movimento Choosing Wisely, campanha iniciada em 2012 nos EUA para o problema de intervenções em saúde desnecessárias e potencialmente danosas para os pacientes (112), e que teve adesão no Brasil da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e também da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Ainda que a emergência do conceito não se relacione diretamente com o debate da epidemiologia e da Saúde Pública em geral, há uma sobreposição de temas entre a P4 e o debate mais amplo das intervenções populacionais de prevenção em saúde. Como apontam Tesser e Norman (113), por exemplo, a P4 tem pontos em comum com as reflexões do epidemiologista Geoffrey Rose em torno das medidas de prevenção para populações gerais e especificamente para os considerados de “alto risco”. Separa estratégia de medidas entre redutivas, para toda a população, como a diminuição de uso de tabaco, gorduras saturadas e sal, agrotóxicos, e aditivas, como uso de medicamentos, vacinas e medidas de rastreamento e intervenção especializada. Como a maior parte da população está assintomática, as medidas aditivas podem significar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e precisam ser amplamente debatidas e planejadas antes da implementação populacional (tarefa ligada à prática da P4), ao contrário das medidas redutivas que não demandam intervenção especializada e têm relação com os determinantes sociais em saúde.

Rose aponta que as recompensas potenciais das intervenções para indivíduos de alto risco são decepcionantes em termos estatísticos e as intervenções populacionais que incluem todos através das medidas redutivas têm potencial muito grande, pois cada um recebe uma pequena redução no risco. Chama, assim, a atenção para o paradoxo da prevenção: “uma medida preventiva que traz muitos benefícios à população oferece pouco a cada indivíduo” (114)¹⁷.

A primeira menção na década de 80, em artigo em francês assinado por um médico de família belga, que coloca como endereço institucional uma clínica de família a qual trabalhava e não uma entidade específica de pesquisa ou acadêmica, e que na época não era capaz de escrever artigos em inglês¹⁸ —condição infelizmente importante para influenciar o debate contemporâneo sobre classificações e terminologias internacionais na APS e no debate acadêmico em geral.

Jamoulle jamais ocupou a função de professor ou pesquisador em alguma instituição acadêmica. Participa desde 1987 do Comitê Internacional de Classificação da Wonca (WICC-Wonca International Classification Committee), por influência do médico holandês Henk

¹⁷ Essa discussão é também retomada por Ricardo Rodrigues Teixeira tanto na entrevista realizada durante a tese quanto em um artigo sobre risco e produção de comum (115).

¹⁸ Curiosamente, mesmo sendo belga, Jamoulle tornou-se fluente em espanhol nas décadas de 70 e 80 por ter atuado como médico no Peru e como brigadista internacional na Nicarágua, El Salvador e Honduras. Esse relato aparece de forma extensa na entrevista.

Lamberts, que integrou por décadas o comitê. Em 1999, 13 anos depois da publicação do artigo, esse comitê aceita a definição e o conceito de Prevenção Quaternária no dicionário de prática generalista da Wonca.

O tema também aparece em publicação de Barbara Starfield, Juan Gérvas e dois outros autores em um periódico de epidemiologia e saúde comunitária ligado ao *British Medical Journal* em 2008 (116). O artigo debate a prevenção na saúde de forma ampla - como uma boa ideia que haveria se perdido – enumerando diferentes significados e suas atualizações possíveis em torno do tema. Fazem menção à adição recente do léxico “prevenção quaternária” no dicionário da Wonca, mas não citam em momento qualquer publicação de Marc Jamoulle sobre a P4.

Um estudo bibliométrico recente sobre o termo “prevenção quaternária” que avaliava sua relevância no campo da Saúde Pública internacionalmente encontrou apenas 124 registros sobre prevenção quaternária nos principais bancos de dados da área da saúde (117). O mesmo artigo afirma que ser um número relativamente baixo, quando comparado a termos como “sobremedicalização” (*medical overuse*) que retorna 100 vezes mais resultados do que “prevenção quaternária” exclusivamente na base de dados do *PubMed*, por exemplo.

De qualquer forma, o debate da Prevenção Quaternária aparece com especial incidência no campo científico da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, representada por sua sociedade científica (SBMFC). No tratado nacional da especialidade, há um capítulo específico sobre a ferramenta, escrito pelo próprio Marc Jamoulle em parceria com Gustavo Gusso, coorganizador do livro. Esse tema aparece na entrevista com Jamoulle, quando justifica a razão de ser conhecido pelos médicos de família brasileiros.

Isso foi responsabilidade do Gustavo Gusso... Porque em 2008, 25 anos do sistema de saúde, Gustavo me convidou [para ir ao Brasil] para falar sobre prevenção. E pagou a viagem. Foi tão estranho para mim, sabe, porque eu nunca tinha sido professor. Eu não publiquei. Não estou procurando uma carreira na área acadêmica. Eu sou um médico generalista, não um acadêmico (ANEXO 8.4).

Vale notar que no capítulo, tampouco nas 862 páginas de um livro que busca manter um diálogo permanente com a literatura internacional da saúde, não há nenhuma menção ao termo “sobremedicalização”.

Na entrevista, Jamoulle acaba abordando essa diferenciação quando afirma que enquanto os epidemiologistas clínicos “desenvolveram o conceito de sobremedicalização” e os médicos de famílias “desenvolveram o conceito de prevenção quaternária seguindo

McWhinney, Stewart e a medicina centrada no paciente.” E conclui: “A gente fala do ser humano e o epidemiologista clínico fala do processo. Parece igual, mas não é a mesma coisa”.

Essa distinção que vários textos e enunciados em torno da P4 operam é central para a presente pesquisa. Há uma repetida afirmação de que a originalidade do conceito estaria no fato dele ocupar um lugar de intersecção entre a “saúde pública e a individual” (17); em uma mudança da história natural da doença para uma organização baseada no relacionamento entre médico-paciente que abriria uma nova visão no trabalho do médico (118); e que a formulação e execução do conceito envolveria um “desenvolvimento extraordinário da ‘arte de curar’, calcada na relação médico-paciente, em sabedoria prática e em contextualização existencial, que o aperfeiçoamento da prática do cuidado permite desenvolver” (119).

Esse deslocamento da prevenção quaternária de um instrumento que mensura riscos desnecessários para uma outra “ética” (ANEXO 8.5), uma nova racionalidade de encontro entre médico-paciente, centrada na pessoa e na relação clínica, aparece em diferentes enunciados de formuladores da P4 no Brasil e no mundo, tanto nas entrevistas quanto em diferentes artigos aqui citados. Acaba, em vários sentidos, representando ora um complemento atualizado, ora uma espécie de busca de um novo paradigma de clínica centrada na pessoa, produzido a partir de elementos da ferramenta discutida no capítulo anterior.

Nesse mesmo sentido, Miguel Pizzanelli, médico de família uruguaio e membro do GT internacional de P4 da Wonca (associação mundial de médicos de família) afirma, na entrevista realizada, que a P4 está sendo (re)formulada a partir de 3 “pilares”: um paradigmático, referente à crise do modelo biomédico hegemônico e a necessidade de produção de novos paradigmas; um ético, que sumiu da definição original e de sua aplicação contemporânea; e um cultural, ligando-se a ideia que o conceito não deve ser exclusivamente médico ou relacionado a profissionais de saúde, mas ao debate da medicalização e da sociedade como um todo e às formas de sociabilidade. Chama a atenção para o fato de estarem pensando no nome do GT e tentando deslocá-lo para um conceito mais amplo de medicalização e até de paradigmas em saúde.

Curiosamente, essa conexão específica não apareceu nas entrevistas que realizei previamente no mestrado e em diferentes oportunidades de eventos acadêmicos, aulas e conversas com profissionais da APS ligados ao campo da Medicina de Família e Comunidade (residentes, pesquisadores e médicos com o título de MFC). Em diferentes materiais do uso “aplicado” da Prevenção Quaternária, a ferramenta é apresentada especialmente como um

subsídio aos médicos em decisões clínicas em torno de exames de rastreamento, procedimentos de rotina, realização de check-ups e introdução de medicações considerados desnecessárias e ineficazes do ponto de vista de estudos baseados em evidências.

Um artigo acadêmico publicado em formato de manifesto em defesa da Prevenção Quaternária e de uma “Medicina sem conflito de interesses”, após um evento da Sociedade Brasileira de MFC em Curitiba no ano de 2013, partido da definição já exposta aqui de P4 defende que os seguintes princípios bioéticos na prática médica:

- a) a não-maleficência, baseada no lema hipocrático de primeiro não causar dano; sempre levando em conta que “quanto maior o risco de causar dano, mais embasado cientificamente e isento de interesses diversos do científico deve ser o procedimento em questão para que este possa ser considerado um ato eticamente aceitável”; e evitando ao máximo a “promoção da doença”; “a transformação de fatores de risco (...) em doenças”; “a medicalização desses eventos” e o “excesso diagnóstico”;
- b) a beneficência, isto é, pensar “o melhor para o paciente” a partir da busca sempre pelas “melhores e mais adequadas evidências científicas livres de conflitos de interesses para promover a saúde das doenças, com o mínimo de intervenções possíveis”
- c) e, por fim, a autonomia, definida como “a capacidade para atuar deliberadamente, o que envolve razão e discernimento para decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas” e como uma “liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para a emissão de um posicionamento” (120),

O manifesto afirma que os médicos devem “empoderar a população com as informações mais confiáveis possíveis para a tomada de decisão conjunta diagnóstica ou terapêutica, sem manipulação nem coerção” e que “o conhecimento, e não a desconfiança, é a melhor ferramenta para a prevenção quaternária” (p. 372). No final, afirmam que respeitam “o tempo na ciência e (...) a linha do tempo da relação médico-paciente, pois o aspecto relacional na atenção em saúde sempre prevalecerá sobre o aspecto populacional” (p. 373).

Ou seja, o manifesto reforça a definição original atribuída ao conceito: como o cálculo de um risco desnecessário que significa uma medicalização excessiva. Esta operabilidade do conceito invariavelmente gira em torno do cálculo de dois riscos: o risco de não intervir sobre uma situação clínica versus o risco dos possíveis efeitos colaterais provocados pela intervenção.

Em outro sentido, Norman e Tesser discutem que a prática médica na APS “exige a simultaneidade entre o espírito crítico para com a MBE, bem como (seu) domínio e uso cada vez maior” e que a “iniciativa de reduzir a definição da P4 à linguagem da MBE deveria ser refutada” (121).

No entanto, parece-nos que é justamente em sua aproximação com a MBE que a temática da Prevenção Quaternária acaba ganhando força e aplicabilidade; na possibilidade de utilizar as afirmações baseadas em evidências científicas para justificar e subsidiar as escolhas clínicas nas consultas individuais. Isto é, a ideia de aplicação da P4 ganha entrada no discurso técnico-científico dentro da APS mais como um manejo correto das evidências científicas e na redução de intervenções médicas iatrogênicas do que especificamente como um paradigma renovado de atuação médica, que ressignifica o conceito de doença e o encontro médico-paciente, debate realizado pela presente pesquisa no capítulo anterior.

O tema do risco é, portanto, incontornável para pensar a P4. É difícil, no entanto, encontrar nos textos relacionados à P4 uma apresentação sobre como compreendem o conceito. Quando perguntado diretamente nas entrevistas, aparece uma certa dubiedade nas entrevistas, ao mesmo tempo que são reconhecidas fragilidades da Medicina Baseada em Evidências para a atuação da clínica na APS. Buscaremos aqui apresentar inicialmente diferentes leituras sobre o risco na sociedade, para retornar posteriormente ao tema do governo do risco na APS à luz desses referenciais críticos.

Definições e perspectivas sobre o risco¹⁹

O risco é um termo utilizado comumente no nosso cotidiano como sinônimo de ameaça, perigo ou danos. Assumimos um risco quando fazemos uma aposta, quando nos aventuramos em uma empreitada nova, quando decidimos fazer algo que talvez valha a pena, mas que também pode trazer consequências negativas.

A etimologia da palavra é controversa. Há uma suspeita que tenha origem árabe (*Risq*, algo que possa se extrair lucro); a palavra aparece em documentos da Europa medieval e tinha uma aplicação específica na navegação e no comércio em contratos que estabelecem um pagamento em caso de prejuízo (em latim, *risicum*). Sugere-se também que tenha relação com o termo latim *resecare*, no sentido de cortar navios, em um contexto penhascos que podiam

¹⁹ Parte desta seção do presente capítulo foi publicada em formato de artigo em um dossiê sobre biopolítica e governamentalidade da Revista Interface (20).

comprometer embarcações que transportam pessoas e mercadorias. Há um conjunto de palavras que se relacionam com o risco: perigo, aventura, azar, sorte, coragem, medo, aventura. Com essa condição, presumimos que o problema reside na percepção de que certas vantagens só podem ser obtidas se algo estiver em jogo. Não é uma questão de custos, que podem ser calculados de antemão e compensados pelas vantagens. Trata-se antes de uma decisão que, como se pode prever, será posteriormente lamentada se ocorrer um prejuízo que se esperava evitar (122–124).

No âmbito da teoria política, a ação de um governante exige a arte de conjecturar e prever diferentes situações do futuro. Pensar como as coisas podem acabar se um determinado curso de ação for seguido, e equilibrar isso com alternativas, seriam atos inexoráveis ao julgamento político. Como afirma Maquiavel, em *O Príncipe*:

Não ignoro que muitos têm tido e têm a opinião de que as coisas do mundo sejam governadas pela fortuna e por Deus, de forma que os homens, com sua prudência, não podem modificar nem evitar de forma alguma; por isso poder-se-ia pensar não convir insistir muito nas coisas, mas deixar-se governar pela sorte. (...) Contudo, para que o nosso livre arbítrio não seja extinto, julgo poder ser verdade que a sorte seja o árbitro da metade das nossas ações, mas que ainda nos deixe governar a outra metade, ou quase (125).

A literatura científica vai utilizar o cálculo do risco como uma tentativa de enfrentamento à incerteza. A racionalização do risco serve, nesse sentido, para tentar reduzir as situações imprevisíveis e incertas e possibilitar um mapeamento das probabilidades de evolução de determinado fenômeno.

Essa abordagem, que Lupton denomina de “realista”, se expressa por meio de paradigmas técnico-científicos que calculam o risco como possibilidade de um evento e como um fator natural e preexistente, passível de ser identificado por intermédio de cálculos e medidas científicas. Disso surge a noção correlata de “fator de risco” na saúde, atributo de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais com ausência ou menor dosagem de tal característica (126).

Vale notar que a primeira menção aos “fatores de risco” na literatura médica aconteceu na década de 60. Aponta-se que o termo aparece pela primeira vez em 1961 com a primeira publicação do estudo pioneiro de Framingham sobre doença. O comitê técnico do estudo tinha como membro o epidemiologista Hugh Leavell, professor da Escola de Saúde Pública de Harvard e, como já aqui mencionado, autor de importante obra sobre os níveis de prevenção e a história natural das doenças (127).

Quando o risco se transforma em um fator, presente em um corpo, um comportamento ou uma relação social, a própria existência do fenômeno risco é naturalizada e vista de forma individual. Nesse sentido, essa perspectiva técnico-científica do risco vai buscar observar quais riscos existem, as formas que devemos calculá-los, geri-los e preferencialmente diminuí-los e como os indivíduos respondem comportamental e cognitivamente a eles. O risco aparece, portanto, de forma objetiva e calculado por especialistas detentores de conhecimentos específicos e inacessíveis aos saberes leigos. Traduzidos em números, neutros e imparciais, e que ocultam o próprio processo do procedimento de cálculo e as próprias formas que os *experts* utilizam para compreender, explicar e problematizar o fenômeno(128,129).

Além desta abordagem, há posições metodológicas que buscam fugir do pressuposto de naturalização dos riscos. Consideram que o risco não é estático e objetivo e, como qualquer outro fenômeno social, é permeado por um conjunto de valores e racionalidades em disputa e permanentemente produzido e negociado como parte de uma rede de interações sociais e de construção de sentidos (130).

Castiel (131) discute como o risco traz um paradoxo temporal: sempre mede uma diferença entre duas ideias e julgamentos cronologicamente distintos. À medida que o tempo passa, sempre se atualiza um julgamento plausível. E chama atenção que o cálculo do risco torna-o uma entidade “autônoma, objetivável, independente dos complexos contextos socioculturais em que as pessoas estão” (131), criando uma espécie de “estatuto ontológico do risco”.

Na entrevista que realizamos, Castiel recorre a uma piada galega “Yo no creo en las meigas (brujas) pero haberlas... haylas” [eu não creio em bruxas, mas que elas existem, existem] para se posicionar em relação ao risco. E repete, de forma inusitada, a citação: “yo no creo en los riesgos, pero haberlos... haylos”, porque afirma que não acredita no “conceito estatístico do risco, mas os riscos existem, cara...”.

É o que Lupton (129) vai caracterizar como abordagens “Social Construcionistas”, que argumentam que um risco nunca é totalmente objetivo ou conhecível fora dos sistemas de crenças e posições morais. O que medimos, identificamos e gerenciamos como riscos são sempre constituídos por saberes e discursos que já circulam nas relações sociais. Nesse sentido, o pensamento “construcionista”, ainda que em diferentes graus e formatos, não busca definir quais riscos a sociedade e os indivíduos estão expostos, mas examinar como o próprio conceito

de risco emerge e é modificado, aceito e permeado por diferentes significados, crenças e relações de poder entre os indivíduos na sociedade.

A autora destaca entre as principais vertentes da abordagem Social Construcionista as seguintes perspectivas: a) Sociedade de Risco, que tem em Antony Giddens e Ulrich Beck seus principais expoentes; b) a Cultura/Simbólica, na qual se destacam os trabalhos da antropóloga Mary Douglas; e c) a perspectiva governamental. Neste texto especificamente, ela agrupa tanto a Sociedade de Risco quanto a Cultural-Simbólica ligadas a um “construcionismo fraco”, uma vez que acaba vendo os riscos essencialmente como mediações culturais de perigos e ameaças “reais”, isto é, realmente presentes na realidade. A governamental, como discutiremos em seguida, vê a própria experiência do risco como socialmente construídos e, além disso, não distingue a própria realidade do risco de seus sistemas de racionalização e governo.

Inspirados na obra de Foucault, os pensadores “governamentais do risco” questionam que: a) os enunciados e discursos são utilizados e considerados verdadeiros na construção do conhecimento sobre o risco em determinado momento histórico e contexto sociocultural; b) os ideais normativos incluem certas regras sobre o gerenciamento do risco e excluem outras; c) os tipos de sujeitos e de subjetividade que são construídos por meio dos discursos de risco; e d) como os saberes em torno do cálculo do risco adquire autoridade enquanto uma prática de governo.

Assim, nada constituiria um risco em si. O risco seria, não uma representação ou mediação calculável da realidade objetiva, mas sempre um efeito contingente dos modos de olhar, racionalizar e experienciar a própria realidade. Isso exige, portanto, investigar justamente a forma como o risco é fabricado por discursos e práticas e compreender como os fenômenos estruturados em torno do risco interferem na produção social, econômica e subjetiva.

Os teóricos “governamentais” entendem que o conceito de risco, ao buscar ordenar a realidade e torná-la calculável, cumpre um papel fundamental na conformação de estratégias, tecnologias e práticas de governo. Mais do que um evento, considera que o risco e suas estratégias são importantes componentes de uma “racionalidade de cálculo” que constituem hoje um elemento fundamental ao governo das condutas. O risco nos remete, mais do que à noção de perigo, a de chance, ameaça, probabilidade, eventualidade, por um lado; e a de perda ou dano, por outro.

Há uma especial importância no fato de uma verdade como o risco poder ser traduzida em um número e uma probabilidade. A redutibilidade de fenômenos complexos em torno de

classificações e índices de probabilidade ligam os números a uma objetividade "meramente técnica" e independente dos julgamentos daqueles que a calcularam. Eles transmitem resultados e informações de uma forma familiar, padronizada e automaticamente traduzível em qualquer local do mundo. Os números padronizam sujeito e objeto dos enunciados e garante uma intercambialidade em torno de diferentes situações, sem revelar diferentes influências e contextos que as modificam. Afirmam uma certeza determinante, desapagada de sentimentos, moralidades ou interesses ocultos (34,132).

Os técnicos que calculam, assumindo uma retórica de desinteresse sobre os objetos que investigam, revelam a realidade inevitável e incontornável dos números. Especialmente para justificar medidas contraintuitivas, impopulares, fora da expectativa geral; são nesses momentos que o poder evoca os “especialistas dos números”, para resolver debates e apontar uma resolução. Contra “os fatos dos números”, não haveria argumentos.

Este pensamento “governamental” busca justamente investigar de forma crítica os diferentes modos de cálculo do risco, as tecnologias morais e políticas intrínsecas a estes procedimentos de cálculo e as práticas e programas de governo que utilizam as técnicas do risco e nele se inspiram e se justificam. Mais importante do que a ideia de risco em si, são as formas de conhecimento que o tornam pensável – a estatística, sociologia, epidemiologia, gestão e contabilidade; as técnicas que o descobrem, do cálculo de probabilidades a questionários; as tecnologias que tentam governá-lo, incluindo os sistemas triagem de risco, gerenciamento de sistemas de seguro (133).

Além de ser um fenômeno sujeito a uma fabricação permanente, o risco traduz e dá concretude a tecnologias morais e políticas que disputam e dão sentidos à vida em sociedade. Discursos sobre o risco e sua prevenção regulam a vida dos indivíduos, indicando como estes devem se deslocar no espaço interior e exterior aos corpos e sobre como devem se relacionar com os outros e com as coisas. Fazem menção também à gestão do tempo e buscam induzir, em nós, uma disciplinarização e regulação de um futuro que nos espera.

Quando definimos o risco como uma forma presente de descrever o futuro, restringe-se a vida e seus possíveis. Sob o pressuposto de que se pode decidir qual o futuro desejável, igualam-se as contradições do e no presente e aponta-se para um único caminho da administração do risco e do devir: uma racionalidade guiada pela lógica utilitarista de ganhos e perdas.

Por outro lado, é importante destacar que cada vez mais o risco tem sido um vetor importante do conjunto de práticas e tecnologias do “eu” (self) na produção de nossa identidade e subjetividade. Em nome de uma “normalidade” sadia, cada vez mais somos compelidos e, mais do que isso, induzimo-nos a ter uma atitude ativa e nos autorregularmos com o intuito de minimizar e prevenir riscos. Assim, o comportamento que busca evitar o risco é visto como um dever moral que faz menção ao autocontrole, ao autoconhecimento e ao autoaprimoramento. É uma forma de governo de si que envolve a aceitação e internalização de objetivos institucionais e morais e que demanda a eterna vigilância sobre nós mesmos.

Um processo que, em coerência com o já dito anteriormente, leva a que nós – “cidadãos responsáveis e livres” – assumamos nossa condição de “empresários de si”, buscando, em nome da saúde e felicidade, maximizar o capital humano que nos constitui. Trata-se, aqui, de uma transformação do sentido da cidadania que, cada vez, deixa de ser social para se tornar uma cidadania econômica, ancorando-se cada vez mais na capacidade de produção individual e que reforça a ideia de que todos somos empresários de nós mesmos.

Os crescentes processos de privatização e individualização dos riscos constituem, hoje, um indicador central da retração das técnicas de gestão associadas ao estado de bem-estar social e da emergência de novas formas de governo neoliberais (130). Uma individualização que coloca:

[...] em questão a noção mesma de direitos sociais e está vinculada a uma forma de governo que pretende governar não através da sociedade, mas através das escolhas e ações responsáveis dos indivíduos em nome dos mesmos e daqueles a quem se ligam por vínculos afetivos ou afinidade. A cidadania social dá passagem à cidadania econômica (133).

Essa passagem de um risco coletivizado, calculado e gerenciado pelo Estado e por políticas públicas específicas ligadas a proteção social passa a ser localizada em indivíduos, famílias, empresas, organizações, comunidades que são convocados a assumir a responsabilidade pelas suas próprias escolhas e arcar com as consequências delas isoladamente. Proteger-se do risco vira sinônimo de investir individualmente em medidas de segurança; e a prevenção contra os riscos torna-se uma forma de evitar uma responsabilização futura pelos próprios atos que foram ou não tomados, considerando as possibilidades de determinados eventos (34).

Uma figura célebre desse circuito de securitização individualizante são os condomínios-fechados: cercado por muros, entrada e saída controladas por seguranças; seus

espaços internos monitorados por câmeras; a identificação e cadastramento permanente de todos os indivíduos que ali circulam, caracterizados como moradores ou funcionários. De maneira material e simbólica, produz um regramento social que hiper individualiza as relações e cultiva o medo, encolhe o espaço público e vê tudo que é imprevisível e desconhecido pelo sistema de vigilância como algo intruso e que deve ser eliminado para restaurar o circuito original de paz e segurança (134).

Mais recentemente, a pandemia de Covid-19 também revelou como a noção de risco se conecta a esta securitização individualizada do neoliberalismo. No Brasil, esse fenômeno vem tendo contornos trágicos. Inicialmente, com um debate inserido pelo próprio governo federal em torno de um “isolamento vertical” (sic), individualizado para grupos de risco supostamente definidos e definitivos para a doença (ter 60 anos ou mais e/ou doença crônica), sem considerar tanto o tipo de transmissão da doença e os efeitos na época incertos da covid-19 em um país com níveis abissais de desigualdade de classe, renda, raça, gênero, território etc. Depois, com o fracasso nas medidas de controle de propagação, testagem e monitoramento epidemiológico e na omissão dos governos em construir qualquer tipo de plano tripartite de controle da pandemia, com metodologia unificada e um cronograma minimamente definido em torno de metas das taxas de transmissão, redução dos níveis de mortalidade e índices de isolamento social. E com a propagação nacional da doença por praticamente todo território nacional, com a transformação de uma medida originalmente complementar ligada à recomendação às famílias de “se puder fique em casa” como única medida específica no plano epidemiológico de garantia de algum isolamento social, que transformou-se em uma espécie de “estilo de vida”, cada um com sua máscara personalizada, sua rotina adaptada pelas mudanças da pandemia e acompanhando as notícias de milhares de mortos diários por uma doença prevenível e passível de desenvolvimento de vacinas. “Pesar” o risco, gerenciar a própria exposição ao risco, ser de “grupo de risco”: o controle de uma pandemia foi deslocado do Estado e das políticas públicas baseadas em um saber acumulado por experiências internacionais de controle da pandemia para o âmbito das condutas e relações individuais, familiares e econômicas e de subjetividades algorítmicas moldadas por nossas reações aos governantes, aos materiais publicados na imprensa e às nossas interações no ecossistema das redes sociais.

(Nova) Saúde Pública, Medicina de Vigilância e privatização do risco

Ao longo da história, a Saúde Pública constituiu-se tendo como referência distintas formulações e estratégias de intervenção. O modelo da quarentena que tem como objetivo isolar os enfermos, enfermidades e riscos em determinados espaços. O modelo da Ciência Sanitária que busca monitorar e dar passagem a substâncias – ar, água, fezes, urina – por meio das fronteiras entre corpos e espaços não corporais. O modelo da higiene pessoal no qual estimula-se a higiene, a limpeza e comportamentos saudáveis dos indivíduos em relação à interação consigo e com outros indivíduos.

Nas últimas décadas, uma Nova Saúde Pública (NSP), sem abandonar os modelos acima mencionados, tem priorizado também o enfrentamento de situações de risco por meio da vigilância de indivíduos e coletivos sob “ameaças” que lhe são externas e internas, buscando, com especial atenção, intervir sobre o “estilo de vida” das pessoas e coletivos.

O risco assume função central para configurar o saber sanitário e os modelos de adoecimento. Se o paradigma da quarentena separava os espaços insalubres dos saudáveis e localizava o risco no ambiente, o sanitário-infeccioso especializava a passagem entre substâncias infecciosas exteriores e o corpo (esgoto, água, ar), o da higiene pessoal focava o risco nos comportamentos e interações pessoais (limpeza pessoal, dieta, exercícios, hábitos), este novo espaço da promoção da saúde e dos estilos de vida cria riscos em todos os lugares (107,135).

Nessa NSP, ocorre uma considerável ampliação das intervenções sobre indivíduos, coletivos e meio. Em nome da erradicação absoluta dos riscos, o ambiente é esquadrihado nas suas dimensões físicas, psíquicas e sociais, multiplicando-se os objetos a serem medidos, monitorados e regulados. Nesse arcabouço, o saber médico, científico, epidemiológico e social é rotineiramente empregado como a “verdade” para construir “problemas” públicos de saúde e para encontrar suas soluções. Aos técnicos da NSP caberia realizar a descrição e mapeamento da vida social em forma de relatórios, estatísticas, gráficos e outras técnicas, com o objetivo de circunscrever o real e facilitar a gestão e o governo do social (68).

As ações promoção à saúde assumem papel fundamental nesse novo paradigma de saúde: seria atribuição dos profissionais e dos serviços de saúde identificar, medir e intervir sobre “fatores de risco” de comportamento pessoal e de estilo de vida (tabagismo, uso de álcool, dieta, exercícios, comportamento sexual e reprodutivo etc.). O saber e a intervenção epidemiológica sobre o risco, central para a emergência dos saberes e técnicas populacionais que formataram a Saúde Pública, acabam se transformando em um parâmetro quase que único

e permanente de qualquer programa de Saúde Pública. A meta passa a ser identificar e controlar todos os fatores de risco, tarefa que os próprios pacientes também devem assumir para evitar, modificar, controlar e eliminar comportamentos, características e situações consideradas de risco. Esses perfis de risco, ilimitados na medida que os próprios riscos podem ser vistos em qualquer experiência vivida, criam uma constelação de práticas e orientações de autocuidado, de preocupação em relação ao próprio corpo e a mente, de percepção do que é potencialmente danoso para a própria saúde no presente e no futuro (imediato ou tardio).

O “meio ambiente” torna-se um espaço de intervenção desta promoção permanente à saúde, em sua conotação mais ampla possível: desde a microesfera de características e comportamentos físicos, psicológicos, sociais a elementos globais e macroestruturais. Incluem-se aqui fenômenos como o desenvolvimento comunitário; a aptidão pessoal em torno de competências e habilidades; a regulamentação de produtos e elementos nocivos à saúde na indústria e na cidade; o monitoramento da saúde ocupacional. Dessa forma, tanto o doente quanto o indivíduo sadio são abarcados em uma rede de observação, em que os experts cumprem papel central ao desenvolverem as normas quanti e qualitativas de classificação e produção de variadas identidades. Há uma espécie de dissolução das fronteiras entre os saudáveis e não saudáveis, uma vez que todas as coisas passam a ser fontes potenciais de risco e que todos podem ser percebidos como sujeitos “em risco” (136).

Nesse novo paradigma, o risco que se corre é o de que, por meio da elaboração de regras sobre o viver saudável, esses saberes e seus *experts* possam reforçar formas sutis de vigilância e de regulação do social por meio de estratégias baseadas no cálculo abstrato dos riscos, que visam antecipar e prevenir a emergência de comportamentos desviantes e anormais descritos como doenças e agravos de saúde.

À semelhança do que ocorre na Saúde Pública, a medicina tem passado por importantes mudanças nas quais o conceito e estratégia de risco tem sido um influente vetor de suas transformações. Armstrong (10,106,135) descreve um novo paradigma médico que denomina de Medicina da Vigilância. Relacionando as transformações no campo da saúde que tensionam e reconfiguram o modelo médico anatomopatológico hegemônico, o autor observa e analisa novas práticas discursivas sobre a medicina que emergem em especial a partir da segunda metade do século XX.

Neste contexto, respondendo ao problema de como gerir novas doenças consideradas “sociais”, como a tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e infecções infantis, a

medicina vai tomar a população como objeto central de intervenção. Começa, nesse momento, a prestar mais atenção às interações entre pessoas na comunidade; “esse espaço multifacetado da população [que] engloba a brecha física entre corpos que necessitam de monitoramento constante para protegê-los contra a transmissão de doenças contagiosas” (106). Este novo paradigma tem cada vez mais como foco a vigilância da população e dos indivíduos e realiza um remapeamento fundamental dos espaços da doença, problematizando a questão da normalidade.

Nesse processo, há uma reconfiguração das relações tridimensionais entre sintoma, sinal e lesão que caracterizam a medicina científica hospitalar por meio de uma torção conceitual, na qual a enfermidade passa a ser considerada apenas “um ponto nodal de uma rede contínua de monitoramento do status de saúde de uma população” (106). No modelo médico hegemônico, a patologia era desvelada pela lesão física. Na Medicina de Vigilância e sob a lógica discursiva dos fatores de risco, a doença se afirma como um “perpétuo devir”, por exemplo, quando:

(...) as pessoas comem uma comida não saudável; isto aumenta o risco de que seus perfis lipídicos sejam alterados; isto aumenta o risco de que eles desenvolverão angina; isto aumenta o risco de que eles irão desenvolver um infarto do miocárdio; isto aumenta o risco de morte; isto aumenta o risco de que suas crianças possam carregar um gene cardiovascular; isto aumenta o risco de que as crianças – especialmente se elas comem comida não saudável – sigam uma trajetória similar (137)

Assim, novas tecnologias médicas, como os inquéritos de natureza quali e quantitativas, são inventadas tendo como objetivo inspecionar a população “normal” e buscando identificar os “fatores de risco” internos e externos ao corpo humano que o ameaça. A doença deixa de ser em essência um fenômeno estático, localizável em um ponto específico do corpo humano. Todos passam a ser potencialmente doentes e ninguém é verdadeiramente saudável.

Neste mundo permeado por uma infinidade de fatores de riscos manifestos nas múltiplas dimensões da vida de cada um, da sociedade e do meio em que vivemos, a medicina – à semelhança da Saúde Pública – busca se reinventar, ampliando seu papel de vigilância, buscando abarcar no seu campo de interesse, de diagnóstico e de intervenção os indivíduos e populações “saudáveis” e “normais”. Aqui, já não é apenas o corpo que é examinado, mas toda

a vida do paciente, da família e da comunidade, constantemente em risco de perigos visíveis e invisíveis.

Uma reinvenção que se manifesta, entre outros, pelo rastreamento dos fatores de riscos, que torna possível identificar doenças incipientes em pessoas ainda não diagnosticadas; pela oferta a populações “normais” de ações de promoção à saúde e de estímulo à mudança de hábitos de vidas que ensejem comportamentos saudáveis; e pelo levantamento de perfis de riscos dos pacientes quando acessam os serviços de saúde. A vigilância que se exerce amplia o campo de intervenção da medicina no momento em que ela busca identificar os precursores das futuras enfermidades, direcionando suas ações para os espaços extra corporais que são muitas vezes representados pela noção de “estilo de vida” (138).

Aqui comparece também a provocativa ideia dos “riscos corporificados”. O risco tornou-se uma forma dominante de interpretar quem fica doente e por quê. Mais do que riscos ambientais que acometem indivíduos ou grupos populacionais ou os riscos de determinados comportamentos ou “estilos de vida”, os riscos estão inscritos na existência corporal e manifestam a verdadeira identidade da pessoa. Não apenas mais indivíduos considerados em risco ou com fatores de risco, mas em “estado manifesto de risco” e sentindo esse risco corporificado em seus corpos na forma de adoecimento (139). Nessa experiência ativa de risco, os pacientes (e os profissionais de saúde) sentem uma espécie de espada de Dâmocles permanente sobre suas cabeças, no qual a incerteza e o medo precisam ser combatidos e o tratamento se dá sobre um risco paradoxalmente existente para algo que jamais existiu ou existirá (140).

É interessante notar a ocorrência de mudanças importantes na administração da conduta e produção de subjetividade por parte da Medicina da Vigilância. Diferentemente do que ocorre na clínica anatomopatológica, na qual a passividade do “paciente” é estimulada e produzida pelas práticas disciplinares, a Medicina da Vigilância se defronta com o desafio de intervir sobre a multiplicidade de riscos que habitam o corpo social e dos indivíduos. Para isto, a MV tem buscado, mais do que uma intervenção externa, produzir nos indivíduos uma postura ativa e reflexiva em relação aos fatores, internos e externos, que ameaçam a sua saúde.

Em nome da saúde e felicidade, estimula-se um autogoverno, uma autovigilância e um autocontrole constantes que possibilitem enfrentar riscos que existem no “interior” dos indivíduos, por meio de práticas e técnicas como o sexo seguro, a alimentação saudável, a realização periódica de rastreamentos de fatores de risco e a abstinência ou moderação no

consumo e cigarro, álcool e outras drogas. Como já viemos argumentando, esta maquinaria da vigilância produz um “eu” (*self*) em risco” que se reflete e é refletido, muitas vezes, em um ethos neoliberal e individualista e que estimula a formação de uma legião de “empresários de si mesmos”.

Essas estratégias de mensuração e gerenciamento do risco (e do risco do próprio risco excessivo, como prenuncia a Prevenção Quaternária) têm um importante papel na indução e formatação daquilo que pensamos que somos. Em nome de uma vida saudável, passamos a nos guiar por diretrizes e estratégias de prevenção de risco que demandam cada vez mais uma vigilância ativa de nós sobre nós mesmos e sobre os outros, em uma incessante busca de valorização do “capital humano” que nos constitui. Por caminhos semelhantes, virtualmente todas as facetas da vida passam a ser afetadas pelas políticas governamentais que procuram facilitar as opções saudáveis e dificultar as escolhas que trazem danos à saúde individual e coletiva. Dessa maneira, tecnologias que buscam intervir sobre o fenômeno do risco podem contribuir a redução de nossas compreensões e possibilidades sobre a ideia de saúde e normalidade. Sob o influxo dessas estratégias, consciente ou inconscientemente, assumimos cada vez mais o ethos neoliberal que estimula a todos a exercer em plenitude a liberdade individual e a nos transformamos em “empresários de nós mesmos”, sujeitos que calculam riscos e benefícios em torno das opções mais saudáveis, que garantam um maior retorno de saúde e bem-estar em longo prazo, que operem sempre na lógica das perdas e ganhos (comercialmente, fisicamente, e até subjetivamente) quantificáveis.

Um *modus operandi* que privatiza e individualiza o cálculo e a responsabilidade sobre o risco, desfigurando e reconfigurando de forma sofisticada os sentidos que atribuímos à cidadania”. Essa razão normativa neoliberal vai modificar inclusive as formas estatais e institucionais de intervenção sobre os riscos em saúde que se configuraram em especial no século XX por meio de seguros sociais e solidários e redes de proteção universal com foco na equidade e na integralidade do cuidado, colocando em questão a noção de democracia, políticas públicas e direitos sociais universais. Uma gestão do risco que tem como base de sustentação não a solidariedade e a proteção intergeracional, mas a autogestão dos riscos pelos indivíduos e a criação de políticas específicas em torno de um conceito reduzido de vulnerabilidade que reduz a ação estatal e das políticas públicas a parcelas específicas da população, considerada pelas autoridades como “objetivamente” dependente dessas intervenções.

O risco “baseado em evidências”

Conforme temos discutido, a priorização de riscos por parte dos *experts* não é neutra e objetiva, tal como costuma ser retratado na literatura técnico-científica, mas sim construídas em processos sociais e culturais implícitos com consequências ético-político-sociais que demandam atenção. O risco não necessita ser visto, portanto, necessariamente como algo que existe de antemão na realidade, mas compreendido a partir de seus modos de ordená-la, de transformá-la em algo calculável e do desenvolvimento de técnicas que permitam que ela seja governável.

Nesse sentido, o risco é uma das diversas racionalidades de cálculo que buscam governar as condutas de indivíduos, coletivos e populações. São essas formas de inteligibilidade sobre o campo da saúde que dão concretude ao risco, que selecionam determinados fenômenos como “de risco” e que buscam intervir e governar sobre aspectos sociais, econômicos, territoriais da população e as condutas dos seus indivíduos.

No caso da Prevenção Quaternária, é necessário observá-la justamente a partir da sua intersecção entre a verdade do saber epidemiológico e o da clínica, isto é, em sua afirmação de busca por práticas que, baseado em uma iatrogenia potencial, busca contrapor o risco de uma decisão à outra verdade, “cientificamente” embasada e “isenta de interesses” para encontrar uma aceitabilidade e uma validação das condutas.

Não se trata, é claro, de desconsiderar a importância do método científico para a validação de protocolos e condutas; ou de negligenciar o papel que a epidemiologia clínica teve em evidenciar malefícios de decisões médicas e de outros profissionais de saúde sem embasamento técnico e vinculação com a organização do sistema de saúde. A pandemia, inclusive, deixa certamente como uma de suas lições a importância da valorização da pesquisa e de uma ciência e tecnologia que tenham princípios democráticos, solidários e transparentes em relação à sociedade. Reconhecemos, nesse mesmo sentido, as importantes denúncias em torno da captura da ciência pelos interesses das grandes corporações médico-farmacêuticas e textos fundamentais como o de Peter Gøtzche (141) que mostrou como esses interesses transformaram a Medicina Baseada em Evidências e os métodos científicos em geral em grandes esquemas fraudulentos e obscuros. Desejamos aqui, no entanto, ampliar essas reflexões em torno da busca por uma objetividade “isenta de interesses” e do cálculo correto do risco para a produção de saúde na APS.

Genericamente descrita como o "processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas", a MBE emerge nos anos 90 a partir de estudos de epidemiologia clínica e um movimento que teve como um dos epicentros a Universidade McMaster no Canadá, buscando a garantia do "melhor tratamento possível" de acordo com as evidências científicas disponíveis (142).

O primeiro relato documentado de um ensaio clínico "randomizado" é de 1948, sobre o uso de estreptomicina na tuberculose, publicado na revista britânica BMJ (143). Em 1972, Archibald Leman Cochrane publica o livro "Eficácia e eficiência", que sistematizava as formas experimentais para averiguar quais eram as formas clínicas mais eficazes e eficientes e, logicamente, encontrar as ineficientes. O resultado da soma hierarquizada das metanálises e revisões sistemáticas desses pedaços de "evidência", estudos clínicos locais e específicos, cria uma espécie de biblioteca atualizada das melhores evidências disponíveis, como por exemplo a base de dados Cochrane (nomeada cinco anos após a morte do médico com mesmo nome) e plataformas como o UpToDate (144). A partir desses dados sistematizados, protocolos institucionais baseados em evidências poderiam ser criados e os pacientes poderiam receber o melhor tratamento disponível.

Todavia, nessa relação entre evidências e prática clínica, há um conflito permanente entre protocolo e prática, isto é, entre a racionalidade científica e a autonomia médica. Além disso, considerando o contexto específico da APS, contradiz também com elementos e pressupostos da abordagem centrada no paciente, o qual os formuladores da P4 anunciam como paradigma conceitual.

Estudos randomizados, metanálises e padrões considerados mais robustos de evidências significam, em última instância, a negação da experiência individual da doença e a particularidade das necessidades dos pacientes. Não apenas do ponto de vista do paciente: os protocolos clínicos interferem na autonomia profissional e na afirmação do poder médico individual em controlar suas próprias decisões, seja em nome das demandas do paciente, seja em nome de seus próprios interesses e aspirações. A MBE vem sendo protagonizada por uma "elite pensante" da medicina especializada e de áreas relacionadas, que acaba tendo acesso aos recursos técnicos e metodológicos para desenvolver pesquisas que definirão protocolos em larga escala. Em nome da promessa de intervenções racionalmente eficazes, custo-efetivas e seguras, ela modifica a conduta médica a partir da escolha mediante a incerteza para um saber

exterior, e afeta as relações de saber e poder no interior de uma categoria médica cada vez menos autônoma em relação ao seu próprio ferramental técnico.

A hierarquização entre graus de evidência entre diferentes tipos de estudos e revisões classifica como pior nível clínico de evidência o relato de caso e a opinião de profissionais (diga-se de passagem, sem citar o saber dos não médicos e, sobretudo, os sem formação superior). Ou seja, mesmo tentativas como a medicina baseada em “narrativas” (145) e outras formas de pensar a produção de evidências a partir da singularidade do cuidado são, em algum nível, marginalizadas pela ideia de uma “boa” MBE. Ao fim e ao cabo, é sempre possível colocar a experiência e a voz de pacientes e de profissionais no reino “obscuro” da subjetividade (146).

Vale destacar, no entanto, que nenhum dos testes baseados em evidências simplesmente medem “uma realidade objetiva de risco para a saúde ou doença”, mas intervêm para representar a doença de maneiras específicas, por exemplo, delimitando as fronteiras entre o que é considerado normal e o que é considerado patológico (147).

Nesse sentido, a evidência científica não é um corpo de conhecimento pré-existente e estável que pode simplesmente ser traduzido na prática; ao contrário, é um produto de processos científicos específicos e, portanto, emergente e provisório. As realidades das evidências só existem a partir dos dispositivos que a inscreveram e as formataram; os próprios objetos dos estudos (doenças, rótulos diagnósticos e fatores de risco) são inseparáveis do paradigma médico que os produziram. Aqui as evidências científicas acabam ligadas a um tipo de aspiração pela certeza e por uma promessa médica fidedigna, mesmo que comumente acabem frustrando tanto profissionais quanto pacientes. A certeza prometida fornecida por tecnologias sofisticadas e estudos randomizados, duplo-cegos, sem conflitos de interesse cada vez mais sofisticadas acabam pressupondo uma “verdade” biológica do adoecimento, que haveria um tipo certo de evidência para revelá-la (148).

Há também uma ambivalência da palavra “evidência”, como uma indicação clara e suficiente de que algo é verdadeiro ou válido e como uma prova de um fato ou depoimento que necessitará passar por um tipo de aprovação posterior. Castiel e Póvoa (142) fazem uma provocação em torno dessa metamorfose vocabular. Mesmo sem alterar fundamentalmente o paradigma tecno-científico vigente, a “clínica” transforma-se em “medicina” e ganha com o termo “baseada” a ideia de acesso realmente sólido à verdade como fundamento.

No entanto, o que motivam os testes da MBE são justamente dúvidas difíceis de serem respondidas a partir do saber individualizado e singular. Em outras palavras, um ensaio clínico só é justificável quando há uma real dúvida se um tratamento é eficaz (ou mais eficaz), de modo que ninguém possa ter certeza qual das tentativas terá melhores resultados. Ao analisar a MBE, Armstrong (144) imagina um estudo clínico bastante simples:

Tabela 1: adaptado de Armstrong (144)

	TRATAMENTO	PLACEBO
SUCESSO	9	7
FALHA	1	3
TOTAL	10	10

Nesta simulação, os dados mostram que o tratamento foi melhor do que o placebo; para cada 10 pacientes tratados, houve um ganho de 2 sucessos (9 a 7). Ou seja, ignorando o tamanho da amostra e o intervalo de confiança, o julgamento da eficácia do tratamento em relação ao placebo pode ser expresso pelo NNT de 5 (Número de pacientes Necessário a Tratar a fim de prevenir um desfecho indesejado- *Number Needed to Treat*). No limite, podemos pensar esse número para qualquer ensaio clínico. Se um tratamento beneficiasse todos os pacientes, o NNT seria 1; por outro lado, se o NNT é mais de 2, então menos de 50 por cento dos pacientes serão beneficiados.

Não obstante, a realização de um ensaio clínico não separa de antemão tratamentos eficazes dos ineficazes, mas busca estimativas de eficácia do tratamento, já que todos os tratamentos são em algum nível abstratamente eficazes. O cálculo do NNT não implica, contudo, uma tomada óbvia e direta de decisão clínica.

Tal debate é particularmente visível no rastreamento do câncer de mama para mulheres acima de 40 ou 50 anos (a depender do país e do protocolo). Conforme podemos ver no site da Cochrane, uma instituição reconhecidamente de difusão “de evidências” científicas:

Se assumirmos que a mamografia de rotina reduz a mortalidade por câncer de mama em 15% e que o sobrediagnóstico e tratamento excessivo são de 30%, isso significa que, para cada 2.000 mulheres que fazem mamografia de rotina ao longo de 10 anos, 1 morte por câncer de mama será evitada, e 10 mulheres saudáveis, que poderiam não ter sido diagnosticadas, se não fossem rastreadas, serão tratadas desnecessariamente. Além

disso, devido aos resultados falso-positivos, mais de 200 mulheres experimentarão sofrimento psíquico importante, incluindo ansiedade e incerteza por anos. Para ajudar a garantir que as mulheres sejam plenamente informadas antes de decidir se querem ou não fazer mamografia de rotina, nós elaboramos um folheto baseado em evidências para leigos que está disponível em várias línguas (149).

O que as evidências mostram, no limite, é que o NNT da prevenção do câncer de mama é 2000, mas o NNT (ou melhor, o número necessário para fazer mal) do sofrimento psíquico da mamografia é menor que 100. É esse paradoxo que produz a demanda do “folheto” e da decisão compartilhada entre médico e paciente a partir das melhores “evidências”, isto é, a partir da compreensão do dado do estudo clínico produzido pelo saber especializado.

Como novamente afirma Armstrong (2007a), a MBE acaba produzindo uma nova área de indeterminação. No espaço entre o ensaio clínico baseada em evidências e a clínica, há uma disputa que permanece em aberto em relação ao poder do médico e do paciente. É em torno desses critérios e do julgamento do benefício e da eficácia – em uma única palavra, do risco – que se renova e se amplia a incerteza da clínica.

As evidências “padrão-ouro”, como os ensaios clínicos randomizados, vincula-se a uma teoria específica da inferência estatística e, a rigor, não avalia ou descreve mecanismos explicativos e causais para situações na saúde. Como discutem críticos da MBE, sua própria estrutura teórica pode ser “bastante opaca”, sem qualquer tipo de agrupação teórica ou debate paradigmático.

Essa reivindicação dos médicos “baseados em evidências” acaba produzindo um julgamento profissional orientado pelas categorias profissionais e empresas e instituições detentoras de meios econômicos e científicos de produzi-las. Quem será responsável pela produção e interpretação desses dados? Como definir os valores aceitáveis para consolidar uma decisão de ordem populacional e individual²⁰?

Lambert e autores (151) chamam a atenção para os “cavalos de troia” embutidos na inserção generalizada da MBE nas práticas em saúde: a) a perda potencial de autonomia profissional; b) surgimento de questões éticas e clínicas se pacientes estão recebendo o melhor atendimento para suas necessidades específicas; c) limitação e padronização de intervenções

²⁰ As questões apresentadas referem-se ao debate conceitual mais amplo em torno das evidências e do cálculo da eficácia em saúde. Como já apontado aqui, não desconsideramos importantes problemas da MBE relacionados quem financia os estudos randomizados, como os estudos randomizados são selecionados e quais perguntas são feitas, quais estudos têm mais probabilidade de entrar na literatura e suas formas de disseminação através de estratégias agressivas de marketing para profissionais de saúde (141,150).

em saúde, desconsiderando realidades locais; d) priorização econômica e política para problemas de saúde onde há as “melhores evidências”, em detrimento de doenças historicamente negligenciadas e que afetam populações vulneráveis.

A clínica depende não apenas do uso de proposições científicas baseadas em evidências – cuja produção é a finalidade principal da MBE - e inclui um conjunto de saberes operacionais, ligados à capacidade de julgamento e reconhecimento em situações singulares²¹. Apesar disso, não é óbvio que a MBE foi projetada para ser não uma síntese do conhecimento em saúde vigente, mas apenas uma forma de sistematizar e catalogar afirmações potencialmente verificáveis por seus métodos. Nesse sentido, Richard Ashcroft faz uma provocação interessante:

Como paciente, ainda preferiria ser tratado à luz das melhores evidências clínicas (...) (para) garantir que eu me beneficie do melhor tratamento, dado nosso estado de conhecimento na época. Mas, como filósofo, também gostaria de assinalar um certo ceticismo sobre a ideia de que muitas dessas questões fundamentais admitem soluções metafísicas. (...) Os desafios filosóficos aos fundamentos do MBE são, no entanto, importantes: a modéstia metodológica está na ordem do dia (152).

No caso da prática clínica na APS, a busca pelo uso de evidências ganha contornos ainda mais inusitados. Em um livro de *Condutas Baseadas em Evidências na Atenção Primária*, bastante utilizado em especializações, cursos e residências médicas vinculadas à APS, são relacionados como fatores de risco para o uso de drogas:

- o fracasso ou vínculo frágil com a escola;
- a disponibilidade da droga;
- a extrema privação econômica;
- “morar em favela”;
- ter alguém na família com problema de conduta relacionado às drogas;

²¹ A permanente falta de controle do vírus da covid-19 no Brasil se deu simultaneamente à prescrição de medicamentos comprovadamente ineficazes, cujo kit foi recomendado pelo Ministério da Saúde e endossado pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil, justificado pelos princípios da “autonomia” dos médicos e da “decisão compartilhada com o paciente”. Este cenário reforça a reflexão que os números da Medicina Baseada em Evidências não são auto evidentes e devem ser pensados em conjunto com outros aspectos políticos e sociais da saúde, reflexões que teriam um papel fundamental no combate à pandemia e às informações falsas que agravaram seu curso e produziram mortes evitáveis.

- eventos estressantes e conflitos familiares (153).

Estes dados foram baseados nas “evidências” produzidas por um estudo de coorte observacional feito por um psicólogo americano que acompanhou 522 jovens por 16 anos. Não há, no livro brasileiro, menção ao estudo realizado e ao procedimento metodológico que originou a “evidência” de que existiram esses riscos, assim denominados, “culturais e sociais” e “interpessoais”.

Mesmo reconhecendo aqui que não se trata, é claro, de um estudo considerado que produz as melhores evidências (revisão sistemática, estudos multicêntricos, randomizados etc.), a ideia de que existem fatores de risco e uma espécie de realidade “fisiopatológica” do abuso de drogas, da dependência química e dos sujeitos diagnosticados com esse transtorno mental aparece naturalizada como evidência científica. Vale notar que, se utilizarmos com rigor os critérios do livro, parte significativa da realidade brasileira atendida pela APS abarca todos os fatores de risco aqui descritos.

Comportamentos pessoais; relações pessoais e familiares; sintomas ansiosos e depressivos; violência; dieta; dor; incapacidade; uma série de sintomas inespecíficos e sem possibilidade de classificação: a prática clínica na APS é repleta dessas situações, as quais a MBE invariavelmente será incapaz de produzir e encontrar evidências e testes padrão-ouro para mensurá-las.

Analisando o uso de evidências para o campo da saúde mental, Diana Rose e autores (154) propõem a construção de um paradigma de “perspectivas múltiplas” para integrar fontes variadas de evidência e utilizando de forma consistente a experiência dos usuários dos serviços. Guardadas as diferenças, a formulação de políticas potentes para a APS exigirá a suspensão do discurso monolítico e hierárquico da MBE e a própria existência de um conhecimento “universalmente verdadeiro” produzido pela melhor evidência disponível, reconhecendo a contingência e a historicidade desses saberes clínicos e a impossibilidade de sua produção e aplicação em qualquer contexto.

Diferentes perspectivas feministas vêm discutindo como a “objetividade” só é considerada a partir de perspectivas masculinas e dominantes economicamente, desvalorizando experiências e saberes localizados e contestadores. Provocam que as verdades universais e objetivas possuem uma espécie de “truque de Deus”, geradas por cientistas desencarnados capazes de deter as visões de todos os lugares e ao mesmo tempo sendo visões partindo de

nenhum lugar específico. Apontam que essas formas tradicionais de produção de conhecimentos, em nome da generalização derivada de um prisma androcêntrico e racionalista, ignoram e interditam a experiência corporal e subjetiva das próprias mulheres (155–157).

Essa provocação vem sendo feita também no campo da saúde mental, com a produção e incorporação de conhecimentos dos próprios usuários (descritos como *survivors/sobreviventes*), que compartilham relatos e experiências e podem construir formas alternativas de descrever suas vidas, seus sintomas e seus tratamentos, para além do eterno monólogo da psiquiatria em torno da razão (158,159).

Estas perspectivas críticas compartilham tanto as dúvidas em relação à objetividade e à universalidade do conhecimento científico quanto a categorias estáveis como o gênero e o corpo, no primeiro exemplo, e da loucura e a depressão, no segundo. Apesar de seus contextos e movimentos teóricos específicos, estas reflexões podem ser extremamente úteis para uma crítica do cálculo do risco e da Medicina Baseada em Evidências na APS.

Valorizar e utilizar esse ferramental técnico e teórico para aumentar a efetividade dos sistemas de saúde não pode nos impedir de observar o potencial reducionismo do que significa “evidência” e a impossibilidade de pensar a saúde e os cuidados na APS desse ponto de vista único.

Mudar a prevenção ou os paradigmas?

Se é realmente intenção da Prevenção Quaternária repensar os paradigmas da clínica e da relação-médico paciente, como afirmaram seus formuladores durante as entrevistas e em artigos, será necessário tensionar os regimes de verdade e de prática em torno do risco e das formas de cálculo. A formulação de “quaternizar” a prevenção e abordar a indeterminação da doença em um paciente que se sente doente e demanda algum tipo de intervenção potencialmente iatrogênica, exige justamente entrar na seara das fronteiras entre normal e patológico, entre sentir-se saudável e possuir ou não alguma doença.

Seus autores (118) apontam que há uma nebulosa nos limites entre a saúde e enfermidade/doença, mas “a ciência vai determinar se a doença está presente ou não; os pacientes farão a distinção entre estar doente e estar bem”. Na entrevista Jamouille, quando questionado sobre a questão, faz questão de retomar a ideia de “nebulosa” e de diferenciar a

ciência (bio)matemática das ciências sociais; valorizando suas importâncias mútuas e as diferenças entre seus usos.

No entanto, como já discutimos ao analisar o paradigma biopsicossocial, uma crítica efetiva sobre a saúde exige suspender a ideia de uma “verdade biológica” do corpo e da doença pronta para ser descoberta pelo olhar médico. Dito de outro modo, suspender uma ideia de realidade “psicossocial” como um reflexo do biológico e abrímos fendas sobre a própria construção do “bio”.

Diferentes formuladores e debatedores da P4 apontam a necessidade de não “medicalizarmos” os fatores de risco, não os transformar em doenças. Para isso, será necessário trazer à tona debates como o de novos paradigmas relacionados à uma (Nova) Saúde Pública e à uma Medicina de Vigilância e Comunidade, e entender como a realidade do risco tem construído uma identidade da doença tão inquestionável quanto a do exame clínico que, dois séculos atrás, começou a dar materialidade ao corpo anatômico do indivíduo.

Levar ao limite essa realidade exige, em vários sentidos, problematizar não apenas os conflitos entre percepção dos pacientes e dos médicos em torno da doença e nossas escolhas nessa relação, mas também os efeitos das definições científicas e verdadeiras sobre o corpo biológico, a subjetividade e o adoecimento.

Índices de colesterol, de pressão, de diabetes, horas de exercício por dia, tempos de meditação, proporção entre trabalho e lazer, questionários que quantificam o estresse e a ansiedade, vida sexual, planejamento reprodutivo: o comportamento humano é passível de ser calculado e diagnosticado a partir de cálculos e de padronizações de fatores de risco. Quando a vida se torna apenas um risco calculável (e governável), a pessoa poderia finalmente ser abordada como um todo, pelo seu sofrimento atual e pelo que ainda não chegou ou que já estava ali em formato embrionário. A realidade dita “objetiva” do risco, a verdade dos números, como forma de organizar a indeterminação da consciência “subjetiva”; e criar um mundo de sujeitos auto vigilantes, prudentes e reflexivos sobre suas próprias saúdes e vidas.

Como apontam diferentes investigações, além de manter o ceticismo em relação a intervenções individuais sobre o risco (140,160), enfrentar essa realidade passa por colocar dúvidas sobre os efeitos das ações de prevenção e a promoção na prática clínica, valorizando e refletindo sobre a capacidade de acolher mais os sintomas e sofrimentos realmente existentes dos que procuram os serviços de saúde e menos a antecipação de um futuro imprevisível e em grande parte ingovernável.

A mudança de paradigma vai, nesse sentido, exigir a suspensão do risco como expressão real e final da identidade objetiva e subjetiva e reinventar formas de calculá-lo e utilizá-lo. Ao fim e ao cabo, de pensar outras formas de pensar e praticar saúde para além da ideia de um risco baseado em evidências que sintetiza nossa vida biológica, psicológica e social dos pacientes e todas nossas aspirações em relação às nossas saúdes e nossos corpos.

6. Questões para uma APS antineoliberal

“mostre-me um homem são
e eu o curarei”

Black Alien

“a dor não tem lugar permanente
no coração de ninguém”

Moraes Moreira

A presente tese surge das dúvidas em relação às soluções consideradas racionais e científicas em relação à medicalização e ao manejo da subjetividade e do risco na saúde. Sem deixar de reconhecer o papel da qualificação e universalização da APS para a estruturação dos sistemas de saúde e diferentes debates e perspectivas em torno da gestão do trabalho e do cuidado na APS, buscamos colocar questões em torno do governo neoliberal do Estado e, especificamente no campo da saúde e da APS, correlacionar visões dominantes na literatura técnico-científica da medicina de família, e também na Saúde Pública internacional e da Saúde Coletiva brasileira, com debates críticos acerca da subjetividade, do risco e das evidências científicas.

Mais do que propor guias ou soluções esquematizadas, desejamos com esse capítulo final enunciar questões e caminhos possíveis para uma APS antineoliberal, que seja capaz de abrir a si mesma para redescobrir o primário na saúde, problematizar a normalidade, duvidar do bio, desestabilizar o psicossocial e inventar outras biopolíticas e práticas de cuidado.

Redescobrir o primário

A APS vem sendo descrita, como já discutimos, como a porta de entrada aos sistemas de saúde e o contato primário e longitudinal dos pacientes em relação a suas queixas e demandas. Reconhecer, no entanto, que a APS não é exatamente o local “primário” dos cuidados em saúde abre a possibilidade de pensar o papel e a organização dos serviços de saúde

que acolhem diferentes demandas durante a vida e serão (cada vez mais) apenas um dos momentos de produção de saúde do cotidiano das pessoas²².

A chegada à Unidade Básica de Saúde ocorre apenas como um dos momentos em meio a experiências externas à dimensão técnico-profissional da saúde: com familiares e amigos, com remédios caseiros, em sites de busca e nas redes sociais. A medicalização social faz com que todos estejam formulando permanentemente diagnósticos e condutas em relação aos outros e a si mesmos, a partir de uma complexa e fragmentada (e cada vez mais algorítmica) produção e tradução do saber especializado em crenças, aspirações e práticas cotidianas ligadas à saúde.

Redescobrir os cuidados primários é investigar e incorporar essa produção primária e heterogênea de saúde nos territórios, sem imaginar uma hierarquia técnico-administrativa única, formulada em “níveis de atenção”, na qual a coordenação do cuidado se daria exclusivamente em uma única arena assistencial e regida pela figura (ou, no mínimo, um saber/poder) da medicina de família. Isso significa reconhecer nas ações “tradicionais” de um certo imaginário da APS – consultas, procedimentos, grupos, visitas, ações de ‘prevenção’ e promoção em saúde – uma cada vez menor parte da produção de saúde contemporânea, que vem se dando de forma avassaladora nos níveis realmente “primários” e crescentes medicalizados e neoliberais de produção do corpo e da subjetividade.

Formar “especialistas” em APS passa, nesse sentido, em justamente entender a APS apenas como um momento de relação com os saberes e práticas de produção da saúde, do corpo, da subjetividade que já circulam ali e desse campo complexo e fragmentado com aquele indivíduo, família ou território. E a possibilidade de ofertar as perspectivas e conjunto possível e contingente de ações, por um período específico e limitado em cada uma dessas relações de acolhimento e cuidado, sem a pretensão de abarcar a “totalidade” biopsicossocial da vida e do adoecimento.

Problematizar a normalidade

A ampliação da APS está associada à proliferação dos discursos médicos em torno dos fatores de risco, à incorporação dos “estilos de vida” e do “comportamento” como indicadores

²² Alguns autores críticos a essa concepção técnico-administrativa vêm apontando que a APS não é a única porta de entrada (161) e deve ser pensada como uma Rede Básica e uma micropolítica dos encontros, para além da organização da assistência médica capilarizada e coordenada por um médico de família/generalista (52). Aqui interessa-nos menos a dimensão vocabular (básica/primária), a despeito das tensões relevantes em torno dos conceitos, e mais a questão em onde e como se dão de fato o cuidado primário em saúde hoje.

de saúde e à produção social e ambiental de adoecimento. Todos se sentem doentes ou pré-doentes, e podem ser a qualquer momento diagnosticados a partir de um novo método clínico, critério ou terminologia médica. Alterações de pressão e diabetes, obesidade, uso de drogas, sintomas de depressão e ansiedade: em última instância, é difícil conseguir ser considerado normal pelos critérios dos *experts* em saúde e todos, em algum momento da vida, acabarão recebendo um diagnóstico médico.

Essa constatação nos demanda uma certa problematização em torno da normalidade, para além de uma média quantitativa considerada ideal e desejável para prevenir mortalidade ou complicações. Sem renovar a definição de normalidade, a APS pode ficar refém de um saber epidemiológico externo a ela e condenada a uma atitude mais administrativa do que de cuidado, repetindo as mesmas operações clínicas em nome da normalização²³.

Não se trata de abolir seu uso que, apesar de baixo valor analítico, está presente em quase todas as situações da nossa vida guiando julgamentos do que consideramos moralmente virtuoso e desejável. Mas de reconhecer que a saúde e a normalidade sempre carregam um conteúdo normativo e disciplinar, condição necessária para produzirmos outras gramáticas de normatividade, menos culpabilizantes e restritas à verdade científica dos modos neoliberais de vida.

Nesse sentido, é interessante ver a normalidade vista em sua dimensão “performativa” (109), isto é, pensada apenas em seus próprios usos, sem uma existência a priori, cientificamente descoberta e validada. Isso significa negar o pressuposto positivista de que a doença é sempre uma alteração negativa da norma, um subvalor derivado do normal, mensurável por indicadores biológicos quantitativos e acessíveis à observação. A própria ideia de patológico não é equivalente a anormal, mas resultado de um aprisionamento a uma certa estrutura estática e imutável de norma. A saúde não apenas vive fora dos limites da norma; ela é justamente a capacidade de ultrapassar as normas definida temporariamente como normalidade. Paradoxalmente, é no organismo doente que encontramos uma tendência de autoconservação (em permanecer doente), não na vida saudável; e a saúde precisa ser vista também como o momento possível de tolerar infrações à norma habitual e instituir novas normas em situações novas (57,162).

²³ Vide as reflexões de Nikolas Rose em torno da história da psicologia individual (108).

Ao contrário do que a racionalidades biomédica e *psi* hegemônicas frequentemente pressupõem, o organismo biológico vive em desorganização permanente, buscando formas atualizadas de vida. A dinâmica vital não é uma resultante mecânica de processos interdependentes e integrados e com um código de programação único e isento de erros. Aqui é central a noção de errância em valor positivo: quando assumimos que a biologia não tem uma racionalidade prático-econômica de ganhos e perdas, percebemos que para criar formas de vida, é necessário incluir os desvios, erros e falsos caminhos para desenvolver outras normatividades.

O adoecimento precisa ser tomado como um acontecimento singular, que sempre se manifesta na totalidade da vida e não enquanto uma disfunção específica, passível de restauração ao estado pré-doente e independente do próprio sistema de inteligibilidade que a reconhece. Adoecer é apenas uma das inúmeras formas de viver e, como essas reflexões nos provocam, estar doente é sempre uma “certa latitude²⁴” em torno das possibilidades de vida e dos planos históricos de saber e poder.

Nesse sentido, a saúde nunca vai ser uma constante de satisfação, um plano estável de normalidade, mas justamente o poder de dominar situações perigosas, de lidar com perigos sucessivos. Ao contrário da saúde como prevenção de riscos, a APS precisa incorporar a ideia de saúde como domínio e abertura ao perigo e aos riscos, como enfrentamento corajoso ao perigo de viver (163). E, sobretudo, a própria dimensão ontológica da vida como busca permanente de novas normatividades, criadas a partir da errância inerente à sua constituição.

Duvidar do bio e desestabilizar o psicossocial

Para além das abordagens ditas “biopsicossociais”, a tarefa inicial para pensar paradigmas críticos à biomedicina é enfrentar os regimes de verdade em torno do *bio* que configuram grande parte de nossas práticas em saúde. Isso envolve questionar não apenas a normalidade, como acabamos de apontar, mas também a própria cosmologia médica e anatomopatológica da doença.

Reconhecer a existência dos sistemas de classificação e critérios diagnósticos da APS exige observá-los como uma verdade “dependente do caminho” metodológico para obtê-la, ou seja, como fatos científicos e epidemiológicos delimitados pelo saber médico. O volume de pesquisas correlacionando, por exemplo, controle pressórico e glicêmico com mortalidade,

²⁴ Utilizo a expressão de Canguilhem (57).

intervenções terapêuticas e mudanças específicas nos estilos de vida acabam condicionando a compreensão do adoecimento da população em geral à falta de medidas de prevenção, controle e intervenção medicamentosa. As pesquisas em saúde mental têm se concentrado em fenômenos neurobiológicos, individualizados e mensuráveis apenas sob o prisma do saber bioquímico, genético e radiológico. Tanto as doenças crônicas quanto o sofrimento mental – diga-se de passagem, grande parte da atuação da APS com adultos – são quantificados e diagnosticados por uma racionalidade que individualiza o risco, simplifica a fisiopatologia e pensa intervenções específicas sobre o risco individual, desconsiderando determinantes sociais e centrando a atuação sobre o comportamento e o corpo.

Essa categorização de doenças e fatores de risco individuais, restritos à mensuração objetiva e biológica do corpo a partir de disfunções patológicas, como a hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, gastrite, depressão, ansiedade exerce um efeito retroativo sobre a própria experiência de adoecimento e perspectiva de vida em relação às categorias que ele foi diagnosticado²⁵.

Nesse sentido, duvidar dessas abordagens bio-hegemônicas da doença passa por observar as intersecções entre adoecimento e meio, vendo-as mais do que “determinantes sociais” e englobando a singularidade das relações entre diferentes grupos e indivíduos com a realidade socioambiental e as formas que elas codificam suas experiências, aspirações e ideais de saúde e de adoecimento.

Levar ao limite essa perspectiva é não desconsiderar o processo fisiológico da pressão arterial, o papel da glicemia no metabolismo celular, o papel da dor e da tristeza para a experiência de vida subjetiva, tampouco a importância do combate à desigualdade para a produção de saúde e redução de agravos e condições de morbimortalidade. Mas entender que grande parte dos mecanismos explicativos das alterações desses indicadores e critérios clínicos de diagnóstico segue ou bastante rudimentares ou simplesmente desconhecidos e em aberto. Esse passo atrás em relação aos nossos diagnósticos mais comuns significa desistir da busca de fatores de risco e critérios classificatórios, binariamente descritos como presentes ou ausentes, mas desenvolver e praticar novos paradigmas que observem a multicausalidade e a complexidade do adoecimento e incorporem ativamente o ambiente, as relações sociais e a

²⁵ Faço um paralelo com reflexões de Ian Hacking sobre a invenção de pessoas e nomes pela saúde, ampliado para o que se convencionou doenças “objetivas”, “orgânicas” ou “biológicas” (164).

cultura, não apenas como apêndices psicossociais de uma realidade biológica já definida e cristalizada.

Esforço que tem sido feito por alguns cientistas sociais ao discutir diferentes aspectos da realidade “biopsicossocial” na saúde. Argumentam que a estabilização auto evidente do “social” e de categorias como “gênero”, “raça”, “classe” desconsideram a complexidade e as tensões em torno de cada realidade e contexto sociopolíticos da produção de saúde. O simples reconhecimento da existência de “determinantes sociais” pode acabar sendo utilizado apenas para tornar o “social” uma constante a ser considerada a partir de elementos pré-quantificados da realidade (165).

No caso do mundo psi, estas reflexões analisam a subjetividade a partir de abordagens mais interacionistas entre encontros corporais, formas capilares de poder e afetos presentes nas práticas sociais para compreender as maneiras pelas quais a adversidade social e ambiental vem afetando a saúde mental na sociedade (166).

Adaptando essas reflexões para a APS, duvidar do bio e desestabilizar o psi e o social significa reconhecer que somos seres com uma gama particular de potenciais biossociais e permeados por vetores para além das fronteiras corporais, operando fora da consciência e moldando padrões de ação e interação. E buscar rastrear esses processos nas vidas corporificadas de indivíduos e coletividades, para conectar esses caminhos em nossas evidências biomédicas, sociológicas, etnográficas sobre as maneiras pelas quais o corpo e a subjetividade se produzem, adoecem e resistem. Não apenas com manifestos e denúncias sobre a real responsabilidade do capitalismo em relação ao adoecimento desigual, a APS precisa ser radical na busca de formas coletivas de vida, cuidado e de resistência em meio à adversidade. Isso significa reconhecer o papel das relações econômicas e políticas criadas pelo capitalismo e pela racionalidade neoliberal, mas fugir da ideia de que indivíduos e territórios não têm força alguma para lidar e enfrentar essas situações. Em outras palavras, precisamos ser capazes de explorar e dar peso às experiências vividas dos sujeitos envolvidos na APS e ao mesmo tempo explorar e investigar as relações e contextos de produção de saúde e adoecimento, sem reduzir as pessoas a construções completamente determinadas e incapazes de resistência (167). Para isso, será imprescindível incorporar um certo vitalismo que reconhece o erro, o desvio e os caminhos considerados falsos na produção de saúde e recolocar o corpo biológico na sua imbricação com o meio ambiente, singularizando os efeitos da desigualdade e das condições econômicas e políticas sobre situações sociais específicas e contingentes.

Clínica centrada no cuidado e na indeterminação

A redução à centralidade da clínica à noção de “pessoa” tem efeitos importantes sobre o processo de produção da saúde. A redução psicológica da subjetividade à pessoa, uma personalidade com fases de desenvolvimento, acaba produzindo um ideal reconhecimento e de potencialidade restrito à existência da identidade pessoal. Quando aceitamos essa premissa da irredutibilidade e centralidade da “pessoa”, localizamos no indivíduo a verdadeira possibilidade de autonomia e de revelação sobre o sujeito, como o grande espaço privilegiado e contratual de reconhecimento, troca e afirmação de verdade (93).

Como discutimos durante a tese, para deslocar a clínica dessa dimensão restrita ao eu psicológico e dotado de uma subjetividade permanentemente em risco, é fundamental reconhecer e buscar os espaços inter e até mesmo pré-subjetivos²⁶ da dimensão do cuidado na APS. E suspender a ideia de unidade de pessoa e pensar a subjetividade a partir de trajetórias transitórias e contingentes, buscando mais o que são capazes de fazer do que verdadeiramente são.

Ainda que carregue uma dualidade permanente entre um cuidado como disciplina e vigilância e um cuidado como a afirmação da diferença e da vida, será fundamental disputar e praticar um sentido potente para sua existência. Um cuidado que se ligue à generosidade, à confiança, à curiosidade e aos prazeres²⁷, e que permaneça atento e resistente às formas disciplinadoras, restritivas e securitárias das nossas biopolíticas. Como afirmamos ao discutir o governo neoliberal, transformar nossos valores de condições formais para práticas significa não apenas cuidar de alguém, mas cuidar sempre para que alguém... Sempre pensando nos efeitos desse cuidado: para que possam construir vidas, comunidades e mundos que tenham vontade de habitar e que seja capaz de inspirar e alimentar nossos projetos éticos críticos aos ideais restritos e econômicos de liberdade, saúde e normalidade no neoliberalismo.

²⁶ Lazzarato (168) discute, a partir da obra de Deleuze e Guattari, como signos, máquinas e subjetividades modulam uma produção pré-subjetiva de si, sem separação entre sujeito e objeto e que não passa pela consciência nem pela referência ao sujeito, desempenhando um papel de produção assignificante e pré-semiótica no neoliberalismo.

²⁷ Fox (169) discute o cuidado associado a ideia de um “presente”, como uma relação feminina de generosidade, confiança, amor, compromisso e curiosidade, contrapondo-os ao reino masculino da posse, da identidade e do controle. Essa perspectiva exige romper com as relações possessivas da clínica, nas quais os pacientes precisam aceitar e aderir às intervenções de controle e comportar-se a partir de padrões repetitivos, considerados moralmente adequados.

Além disso, produzir a dimensão do cuidado no cotidiano da APS requer sempre ligar com a ideia de indeterminação. Como discutimos, em um contexto de saúde no qual grande parte dos sinais, sintomas e manifestações vem sendo ostensivamente quantificados e classificados por *experts*, o próprio ato de diagnóstico e conduta em torno da saúde dos que procuram as unidades vem sendo modificado e condicionado por protocolos e guias já desenhados. Reduzir o papel desses profissionais a guiar os pacientes em torno dos critérios e condutas pré-estabelecidas não apenas dimensiona o trabalho a um papel repetitivo e improdutivo, capaz de ser desenhado e executado por sistemas de telessaúde com uso de inteligência artificial e algoritmos, mas ignora que parte significativa da experiência clínica se dá em torno de sintomas inespecíficos, indeterminados e em grande medida inclassificáveis a partir dos desenhos diagnósticos da biomedicina.

Como vem apontando um conjunto de discussões (67,93,134), é necessário pensarmos formas de abordar o sofrimento neoliberal e a impossibilidade crescente de experienciar a indeterminação em um aspecto produtivo, necessária para a prática da liberdade e da própria experiência vital. Esse sofrimento é cotidiano na prática clínica da APS, com pacientes demandando saber o que eles têm e quais exames e especialistas necessários para descobrir e dar nome ao que eles sentem e vivem.

Ao invés de procurar formas objetivamente delineadas para transformar a indeterminação em categorias e práticas determinadas, a APS pode se transformar em um espaço de um cuidado justamente baseado na indeterminação, concebida não apenas como transgressão ou exceção de uma lei previamente existente, mas como encontro e contingência das relações humanas e fundamental para a experiência de cuidado. Mesmo reconhecendo os desafios para estruturar e institucionalizar práticas sobre a indeterminação, isso pode pelo menos significar incorporar uma abertura sistemática ao estranhamento e à incerteza na clínica, reconhecendo e intervindo sobre os sintomas e situações não poderão ser nomeadas pela racionalidade biomédica e científica, mas que circulam cotidianamente nos territórios da Atenção Primária.

Inventar outras biopolíticas

A administração e a gestão da vida são inerentes à constituição da APS. Reconhecer, como buscamos fazer durante a tese, a contingência sociocultural e política do cálculo

epidemiológico do risco e seus efeitos de poder e subjetividade não nos permite criar, hoje, uma saúde sem nenhuma ideia de risco e normalidade e, em última instância, sem uma biopolítica.

Nesse sentido, se partirmos do fato de que o risco seguirá constituindo parte fundamental das relações de nós com nós mesmos e com os outros, o desafio será justamente reposicionar e produzir novos usos para o risco, menos individualizantes e culpabilizantes, e mais abertos à produção coletiva e ao enfrentamento da desigualdade. Esforço que, como discutimos até aqui, já foi discutido por diferentes perspectivas da medicina social e da Saúde Pública, com o enfrentamento aos determinantes sociais e a vinculação entre as condições socioeconômicas à produção e acesso à saúde.

O desafio de tomar decisões populacionais em torno do rastreio e intervenção sobre o risco coletivo depende, vale ressaltar, de uma produção científica com interesse público e independente dos interesses de grandes corporações. Mas também do reconhecimento dos limites da Medicina Baseada em Evidências, da discussão permanente em torno da objetividade e da verdade científica e do papel que as relações no trabalho em saúde, especialmente no âmbito da APS, têm para a construção dos saberes e decisões em torno da saúde e do adoecimento. Envolve, portanto, reposicionar a APS não apenas como fonte central de circulação e produção de saberes e práticas primárias em saúde, de “evidências” a partir da experiência, mas também de disputa em torno da realidade adoecedora do risco nas práticas de saúde.

Paradoxalmente, enfrentar essa realidade demanda criar uma APS que valoriza menos a prevenção e a promoção de saúde, e mais as formas que consegue responder às demandas ativas, aos sintomas e ao sofrimento do presente, e menos para a prevenção de riscos que não se concretizam e de complicações futuras de doenças até agora inexistentes. Como diferentes pesquisas vem apontando, inclusive as relacionadas a ideia de uma “prevenção quaternária” e da sobremedicalização, é preciso manter o ceticismo em relação a intervenções individuais sobre o risco (140,160), em especial com a simbiose entre essas “evidências” e os lucros do complexo médico-farmacêutico e a crescente desigualdade e piora nas condições de vida que vivemos nos tempos atuais.

Inventar outras biopolíticas para a APS, nesse sentido, significa remapear nossas estratégias de cuidado com as pessoas que se sentem doentes e manifestam sintomas. Depende centralmente dos saberes e experiências vividas desses indivíduos, coletividades e territórios e na avaliação cotidiana das políticas e iniciativas que são efetivas para reconhecer, acolher e

acompanhar esses sintomas. Sem imaginar uma unidade homogênea de protocolos, mas reconhecendo a singularidade dos territórios físicos e existenciais que circulam e entendendo que é a afirmação dessas práticas de vida e de resistência que devem ser o centro do governo que exercemos como profissionais de saúde. Não apenas restrita à arena da medicina de família ou da saúde *stricto sensu*, mas envolvendo a miríade de saberes assim denominados “intersectoriais”, a partir da assistência social, urbanismo, saúde mental, cultura, arte, estatística, processamento de dados etc., pensando cotidianamente como ampliar o acesso a condições básicas e dignas de existência e reconhecer e produzir novas formas de vida.

Para isso, vamos precisar reconhecer que os paradigmas e práticas que organizam a APS considerada racionalmente eficaz estão presos a ideais restritos da subjetividade e do risco, condicionados à verdade neoliberal da saúde e da ciência. E inventar práticas de saúde que redescubram o primário, a normalidade e a realidade biopsicossocial e ajudem na produção de vidas mais dignas e abertas à diferença.

7. Referências bibliográfica

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
3. WHO. Primary Health Care: now more than ever [Internet]. 2008 [citado 15 de março de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf
4. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. Saúde Em Debate. setembro de 2012;36(94):327–42.
5. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. 226 p.
6. Andrade HS de. Medicina de família e comunidade: emergência e crítica de uma formação discursiva [Dissertação de Mestrado]. [Niterói]: Universidade Federal Fluminense; 2017.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. setembro de 2005;83(3):457–502.
8. Andrade HS de, Alves MG de M, Carvalho SR, Silva Júnior AG da. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Physis Rev Saúde Coletiva. 2018;28(3).
9. Armstrong D. Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the Twentieth century. Cambridge [Cambridgeshire]; New York: Cambridge University Press; 1983. 146 p.
10. Armstrong D. A new history of identity: a sociology of medical knowledge. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York: Palgrave; 2002. 213 p.
11. Carvalho SR, Andrade HS de, Cunha GT, Armstrong D. Paradigmas médicos e Atenção Primária à Saúde: vigilância da população e/ou produção de vida? Interface - Comun Saúde Educ. setembro de 2016;20:531–5.
12. Carvalho SR, Rodrigues C de O, Costa FD da, Andrade HS. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. Physis Rev Saúde Coletiva. dezembro de 2015;25(4):1251–69.
13. Rose N. Medicine, history and the present. In: Jones C, Porter R, organizadores. Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body. 1º ed New York: Routledge; 2002.
14. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 3a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

15. Stewart M, Belle Brown J, Weston WW, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T, organizadores. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Third edition. London: Radcliffe Publishing; 2014. 426 p.
16. Jamoulle M. Information et informatisation en médecine générale. *TROISIEMES JOURNEES Reflex SUR Inform*. 1986;193–209.
17. Jamoulle M. Prevenção quaternária: a propósito de um desenho. *Rev Port Med Geral E Fam*. novembro de 2012;28(6):398–9.
18. Andrade HS de. A fobia do Estado em leituras de Foucault. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2020;30(4).
19. Andrade HS de, Carvalho SR, Oliveira C. Governo da subjetividade (e resistências) da clínica na atenção primária. In: *Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais*. Rio de Janeiro: Rede Unida; 2019.
20. Carvalho SR, Andrade HS de, Oliveira CF de. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2019;23.
21. Foucault M. O que é a crítica? (Crítica e Aufklärung) - 1978. *Cad FFC Fac Filos E Ciênc – UNESP*. 2000;9(1):169–89.
22. Butler JP. *Giving an Account of Oneself*. New York: Fordham University Press; 2005.
23. Butler J. What is critique? An essay on Foucault's virtue. In: David Ingram, organizador. *The political: Blackwell readings in continental philosophy*. Malden, Mass: Blackwell Publishers; 2002. p. 212–26.
24. Telles V. Transitando na linha de sombra, tecendo as tramas da cidade. In: Oliveira F de, Rizek CS, organizadores. *A era da indeterminação*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2007. p. 376.
25. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. março de 2012;17(3):575–86.
26. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. *Análise Políticas Na Saúde*. 2011;
27. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Edição: 1. São Paulo : Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
28. Passos E. *Pistas do Método da Cartografia*. Edição: 1ª. Porto Alegre: Sulina; 2009.
29. Dean M. *Critical And Effective Histories: Foucault's Methods and Historical Sociology*. Nova York: Routledge; 2002.
30. Dean M. Questions of Method. In: Velody I, Williams R, organizadores. *The Politics of Constructionism*. Londres: SAGE; 1998. p. 183–99.

31. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2005.
32. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra; 2015.
33. Saukko P. Doing Research in Cultural Studies [Internet]. 6 Bonhill Street, London England EC2A 4PU United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2003 [citado 17 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://methods.sagepub.com/book/doing-research-in-cultural-studies>
34. Rose N. Powers of Freedom. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
35. Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000. 1065 p.
36. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 174 p.
37. Carvalho SR. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: Carvalho SR, Barros MEB de, Ferigato S, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
38. Campos GW de S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Editora Hucitec; 1991. 175 p.
39. Cohn A. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. Soc Med. 8 de julho de 2008;3(2):82–94.
40. Laurell AC, Cohn A, Contrera RL. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 2009.
41. Merhy E, Bueno WS. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Anais da Conferência Nacional de Saúde; 1996.
42. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. novembro de 2007;12(suppl):1819–29.
43. Barry A, Osborne T, Rose N, organizadores. Foucault and Political Reason: Liberalism, Neo-Liberalism, and Rationalities of Government. Chicago: University of Chicago Press; 1996.
44. Dean M. Governmentality: power and rule in modern society. 2a edição. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE; 2010. 294 p.
45. Miller P, Rose NS. Governing the present: administering economic, social and personal life. Nachdr. Cambridge Malden: Polity Press; 2013. 246 p.
46. Gordon C, organizador. The Foucault effect: studies in governmentality. Chicago: University of Chicago Press; 1991.

47. Brown W. *Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution*. New York: Zone Books; 2015.
48. Oksala J. Feminism and Neoliberal Governmentality. *Foucault Stud.* 22 de agosto de 2013;32–53.
49. Benevides PS, Prestes TKA. Biopolítica e governamentalidade: uma análise da Política Nacional sobre Drogas. *ECOS - Estud Contemp Subjetividade*. 6 de dezembro de 2014;4(2):274–87.
50. Caponi S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis Rev Saúde Coletiva*. setembro de 2014;24(3):741–63.
51. Carvalho SR. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1). *Interface - Comun Saúde Educ.* setembro de 2015;19(54):647–58.
52. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos ML de M, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Em Debate*. 2019;43(spe6):70–83.
53. Foucault M. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2008.
54. Lemke T. Foucault, Governmentality, and Critique. *Rethink Marx*. setembro de 2002;14(3):49–64.
55. Esposito R. *Bios: Biopolitics and Philosophy*. Edição: 1. Minneapolis: Univ Of Minnesota Press; 2008. 304 p.
56. Rabinow P, Rose N. Biopower Today. *BioSocieties*. junho de 2006;1(2):195–217.
57. Safatle V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. *Sci Stud*. junho de 2015;13(2):335–67.
58. Dean M. "A Social Structure of Many Souls": Moral Regulation, Government, and Self-Formation. *Can J Sociol*. 1994;19(2):145–68.
59. Donzelot J. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2012.
60. Dardot P, Laval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Edição: 1ª. São Paulo: Boitempo; 2016.
61. Dean M. Rethinking neoliberalism. *J Sociol*. 1º de junho de 2014;50(2):150–63.
62. Foucault M. *Nascimento da biopolítica curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

63. Dean M. The Secret Life of Neoliberal Subjectivity. In: Schram SF, Pavlovskaya M, organizadores. *Rethinking Neoliberalism: Resisting the Disciplinary Regime*. New York: Routledge; 2017.
64. Dean M. Rogue Neoliberalism, Liturgical Power, and the Search for a Left Governmentality. *South Atl Q*. 1º de abril de 2019;118(2):325–42.
65. O fiador [Internet]. revista piauí. [citado 30 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-fiador/>
66. Brown W. Neoliberalism's Frankenstein: Authoritarian Freedom in Twenty-First Century "Democracies". *Crit Times*. 1º de abril de 2018;1(1):60–79.
67. Safatle V, Junior N da S, Dunker C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. 1ª edição. São Paulo: Autêntica; 2021. 288 p.
68. Petersen AR, Lupton D. *The new public health: health and self in the age of risk*. Reprinted. London: Sage Publ; 2000. 208 p.
69. Dean M, Villadsen K. *State phobia and civil society: the political legacy of Michel Foucault*. Stanford, California: Stanford University Press; 2016. 196 p.
70. Andrade HS de. State Phobia in Foucault readings. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2020;30(4):e300421.
71. Rose N. How should one do the history of the self? In: *Inventing our selves: psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 1998.
72. Rose N, Miller P. *The Power of Psychiatry*. Cambridge Cambridgeshire : New York, NY, USA: Polity Press; 1986.
73. Halperin DM. *Saint Foucault: Towards a Gay Hagiography*. New York: Oxford University Press; 1985.
74. Dean M. Foucault must not be defended. *Hist Theory*. outubro de 2015;54(3):389–403.
75. Brown W. E agora, que o neoliberalismo está em ruínas? [Internet]. 2020 [citado 10 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/mercadovsdemocracia/e-agora-que-o-neoliberalismo-esta-emruinas/>
76. Dean M. Neo-liberalism and our demons. *Eur Polit Sci*. junho de 2017;16(2):263–89.
77. Almeida PF de, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2008;24(8):1727–42.
78. Carvalho SR, Campos GW de S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. junho de 2000;16(2):507–15.

79. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. p.55-124.
80. Silva Júnior AG da. Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
81. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde Em Debate. setembro de 2018;42(spe1):38–51.
82. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de, Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Em Debate. janeiro de 2018;42(116):11–24.
83. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ. 24 de fevereiro de 2001;322(7284):444–5.
84. Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston W, McWhinney I, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa - Transformando o Método Clínico. 3a ed. Porto Alegre: Grupo A; 2017. 416 p.
85. Byrne P, Long B. Doctors talking to patients : a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. Londres: HMSO; 1976.
86. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract. março de 1986;3(1):24–30.
87. Armstrong D. The invention of patient-centred medicine. Soc Theory Health. novembro de 2011;9(4):410–8.
88. Balint M, Hunt J, organizadores. Treatment or Diagnosis: A study of repeat prescriptions in general practice. 1ª edição. New York: Routledge; 2015. 204 p.
89. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? Perm J. 1º de abril de 2011;15(2).
90. Lupton D. Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body. Edição: 3. Los Angeles: Sage Publications; 2012.
91. Parsons T. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. Am J Orthopsychiatry. julho de 1951;21(3):452–60.
92. Anderson MIP, Rodrigues RD. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto. 19 de setembro de 2017;15(3).
93. Safatle V. O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. São Paulo: Autêntica; 2016. 360 p.

94. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 de abril de 1977;196(4286):129–36.
95. Armstrong D. Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Soc Sci Med*. janeiro de 1987;25(11):1213–8.
96. Ogden J. The Rhetoric and Reality of Psychosocial Theories of Health: A Challenge to Biomedicine? *J Health Psychol*. 1º de janeiro de 1997;2(1):21–9.
97. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc Saúde Coletiva*. dezembro de 2008;13(supl 2):2029–40.
98. Cunha GT. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica [Doutorado]. [Campinas]: UNICAMP; 2009.
99. Campos GW de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55.
100. Carvalho SR, Lima EMFA. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). *Interface - Comun Saúde Educ*. setembro de 2016;20(58):797–808.
101. Butler J. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge; 2006. 236 p. (Routledge classics).
102. Haar M. Nietzsche and metaphysical language. *Man World*. 1971;4(4):359–95.
103. Deleuze G. Foucault. São Paulo, SP: Brasiliense; 2005.
104. Dean M. What is Economic Theology? A New Governmental-Political Paradigm? *Theory Cult Soc*. 1º de maio de 2019;36(3):3–26.
105. Caponi S. Subjetividade e verdade: em torno a uma hermenêutica psiquiátrica de si mesmo. In: Junior AB, Severo CG, organizadores. *Foucault e as linguagens*. Campinas: Pontes Editores; 2018.
106. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociol Health Illn*. junho de 1995;17(3):393–404.
107. Ogden J. Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Soc Sci Med*. fevereiro de 1995;40(3):409–15.
108. Rose N. *Psychological Complex: Psychology, Politics and Society in England, 1869-1939*. London: Routledge & Kegan Paul; 1985.
109. Rose NS. *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Cambridge ; Medford, MA: Polity; 2019. 269 p.

110. Sociedade Britânica de Psicologia D de PC. The Power Threat Meaning Framework Overview [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/PTM%20Overview.pdf>
111. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saúde Pública*. outubro de 1999;15(4):701–9.
112. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. ‘Choosing Wisely’: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. fevereiro de 2015;24(2):167–74.
113. Tesser CD, Norman AH. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2019;23:e180435.
114. Rose G. Strategies of prevention: the individual and the population. In: Marmot M, Elliott P, organizadores. *Coronary Heart Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
115. Teixeira RR. Biopolíticas do comum na saúde. In: Santiago H, Tibile J, Telles V, organizadores. *Negri no trópico 23°26’14”*. 1ª edição. São Paulo: N-1 Edições; 2017. p. 193–211.
116. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 1º de julho de 2008;62(7):580–3.
117. Depallens MA, Guimarães JM de M, Almeida Filho N. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. *Cad Saúde Pública*. 24 de julho de 2020;36:e00231819.
118. Gusso G, Silva VP, Silva. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes*. Edição: 1ª. Porto Alegre: Artmed; 2012.
119. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2009;25(9):2012–20.
120. Silva AL da, Mangin D, Pizzanelli M, Jamoulle M, Wagner HL, Silva DHS, et al. Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 15 de setembro de 2014;9(33):371–4.
121. Norman AH, Tesser CD. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 26 de janeiro de 2021;16(43):2502.
122. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. *Correndo o Risco: uma Introdução aos Riscos em Saúde*. Edição: 1ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
123. Lieber R, Romano-Lieber N. O conceito de risco: Janus reinventado. In: Minayo MC de S, Miranda AC de, organizadores. *Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando Nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

124. Luhmann N, Bechmann G, Barrett R. Risk: A Sociological Theory. Edição: 1ª. New Brunswick, N.J: Aldine; 2005.
125. Maquiavel N. O príncipe. São Paulo: Martins Fontes; 1990.
126. Almeida Filho N de, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
127. Giroux E. The Framingham Study and the Constitution of a Restrictive Concept of Risk Factor. Soc Hist Med. 1º de fevereiro de 2013;26(1):94–112.
128. Mendes Gonçalves RB. O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a Epidemiologia e a Clínica. In: Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 55–104.
129. Lupton D, organizador. Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 1999. 191 p.
130. Ewald F. Insurance and Risk. Foucault Eff Stud Gov. 1991;
131. Castiel LD. A medida do possível--: saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa : Editora Fiocruz; 1999. 204 p.
132. Porter TM. Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life. Edição: Reprint. Princeton, N.J: Princeton University Press; 1996.
133. Dean M. Risk, Calculable and Incalculable. Soz Welt. 1998;49(1):25–42.
134. Dunker CIL. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. 1ª edição. São Paulo, SP: Boitempo Editorial; 2015. 416 p.
135. Armstrong D. Public Health Spaces and the Fabrication of Identity. Sociology. agosto de 1993;27(3):393–410.
136. Petersen A. Risk, governance and the new public health. In: Bunton R, Petersen A, organizadores. Foucault, Health and Medicine. Edição: 1ª. London ; New York: Routledge; 1997.
137. Carvalho SR. Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade: conversas com David Armstrong. Interface - Comun Saúde Educ. junho de 2016;20(57):497–508.
138. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc Saúde Coletiva. setembro de 2004;9(3):669–78.
139. Kavanagh AM, Broom DH. Embodied risk: My body, myself? Soc Sci Med. fevereiro de 1998;46(3):437–44.
140. Aronowitz R. Risky Medicine: Our Quest to Cure Fear and Uncertainty. 1ª edição. Chicago: University of Chicago Press; 2015.

141. Gøtzsche PC. Medicamentos Mortais e Crime Organizado: Como a Indústria Farmacêutica Corrompeu a Assistência Médica. 1ª edição. São Paulo: Bookman; 2016.
142. Castiel LD, Póvoa EC. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. Cad Saúde Pública. fevereiro de 2001;17(1):205–14.
143. Marshall G, Blacklock J, Cameron C, Capon N, Cruickshank R. Streptomycin Treatment of Pulmonary Tuberculosis: A Medical Research Council Investigation. BMJ. 1948;2(4582):769–82.
144. Armstrong D. Professionalism, Indeterminacy and the EBM Project. BioSocieties. março de 2007;2(1):73–84.
145. Greenhalgh T. Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. BMJ. 30 de janeiro de 1999;318(7179):323–5.
146. Lambert H. Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. Soc Sci Med. 1º de junho de 2006;62(11):2633–45.
147. Mol A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham: Duke University Press; 2002. 196 p.
148. Pienaar K, Petersen A, Bowman DM. Managing risks or generating uncertainties? Ambiguous ontologies of testing in Australian healthcare. Health (N Y). 2020;
149. Cochrane. Rastreamento do câncer de mama com mamografia | Cochrane [Internet]. Cochrane. 2013 [citado 2 de abril de 2021]. Disponível em: https://www.cochrane.org/pt/CD001877/BREASTCA_rastreamento-do-cancer-de-mama-com-mamografia
150. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. J Eval Clin Pract. dezembro de 2014;20(6):908–14.
151. Lambert H, Gordon EJ, Bogdan-Lovis EA. Introduction: Gift horse or Trojan horse? Social science perspectives on evidence-based health care. Soc Sci Med. junho de 2006;62(11):2613–20.
152. Ashcroft RE. Current epistemological problems in evidence based medicine. J Med Ethics. 1º de abril de 2004;30(2):131–5.
153. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2013.
154. Rose D, Thornicroft G, Slade M. Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. Acta Psychiatr Scand. fevereiro de 2006;113(s429):109–14.

155. Haraway D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cad Pagu*. 1995;(5):7–41.
156. Harding S, organizador. *Feminism and Methodology: Social Science Issues*. Bloomington : Milton Keynes Buckinghamshire: Indiana University Press; 1988.
157. Oliveira CF de, Marçon L. Pesquisa feminista e saúde: a urgência da diferença para produção de modos de cuidado mais libertários. In: Carvalho SR, Andrade HS de, Oliveira C, Cheida R, organizadores. *Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais*. Rio de Janeiro: Rede Unida; 2019.
158. Beresford P. Service users’ knowledges and social work theory: conflict or collaboration? *Br J Soc Work*. 1º de agosto de 2000;30(4):489–503.
159. Rose D. Service user/survivor-led research in mental health: epistemological possibilities. *Disabil Soc*. 3 de julho de 2017;32(6):773–89.
160. Rose G, Khaw K-T, Marmot M. *Rose’s Strategy of Preventive Medicine: The Complete Original Text*. Updated edição. Oxford ; New York: OUP Oxford; 2008.
161. Menéndes EL. “Medicina tradicional” o Sistemas Prático- ideológico de los conjuntos sociales como primeiro nivel de atencion. In: *El futuro de la Medicina Tradiciona en la atención a la salud de los Países Latinoamericanos* [Internet]. México: CIESS; 1987. p. 37–62. Disponível em: <http://biblioteca.ciess.org/adiss/downloads/275/ADISS2015-230.pdf>
162. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
163. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: *Promoção da Saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
164. Hacking I. Inventando Pessoas. In: *Ontologia Historica*. 1ª edição. São Leopoldo: Unisinos; 2009. p. 115–30.
165. Adams V, Behague D, Caduff C, Löwy I, Ortega F. Re-imagining global health through social medicine. *Glob Public Health*. 3 de outubro de 2019;14(10):1383–400.
166. Rose N, Birk R, Manning N. Towards Neuroecosociality: Mental Health in Adversity. *Theory Cult Soc*. 28 de janeiro de 2021;026327642098161.
167. Fox NJ. Refracting ‘Health’: Deleuze, Guattari and Body-Self. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med*. julho de 2002;6(3):347–63.
168. Lazzarato M. *Signos, máquinas, subjetividades*. São Paulo: n-1 edições; 2014. 416 p.
169. Fox N. Postmodern perspectives on care: the vigil and the gift. *Crit Soc Policy*. outubro de 1995;15(44–45):107–25.

8. Anexos

8.1 Roteiro inicial das entrevistas

Método Clínico Centrado no Paciente/Pessoa

Para iniciar a entrevista, você pode descrever brevemente sua trajetória profissional e como ela se relaciona com os conceitos do MCCP e da subjetividade na APS.

Como você entende o conceito de sujeito e de subjetividade? Quais referenciais teóricos sustentam essa compreensão?

Quais as vantagens e os limites do paradigma biopsicossocial que serve como referência para a Medicina Centrada na Pessoa para se pensar a saúde e a clínica na APS? Há alguma saída de algum outro tipo de paradigma que não seja nem o biopsicossocial e tampouco o estritamente biomédico/anatomopatológico?

A todo instante e ao mesmo tempo, somos exigidos ser bons trabalhadores, bons pais ou mães, bons amantes, consumidores vorazes e ao mesmo tempo termos corpos saudáveis. Como ser buscar e encontrar um só e verdadeiro eu, se exige-se que sejamos um só e individualistas e competitivos no trabalho, amorosos no casamento, solidários na criação dos filhos etc.? É possível pensar a subjetividade na clínica sem partir de uma unidade estável do sujeito?

Vivemos um momento em que a racionalidade neoliberal vem penetrando em diferentes políticas públicas, com especial ênfase na saúde, e valorizando um estilo de vida saudável baseado na autonomia individual e na escolha moral e negligenciando o papel do Estado de regulação e intervenção nos múltiplos determinantes sociais da saúde. Modelos clínicos como a Medicina Centrada na Pessoa e outros que buscam valorizar a autonomia dos pacientes correm o risco de operar sob uma racionalidade neoliberal e acabarem afirmando modelos muito reduzidos de normalidade “subjetiva” e “biopsicossocial em nome de ideais científicos e racionalmente eficazes?

A pandemia do covid-19 tem colocado em evidência as virtudes, mas também os limites das práticas diagnósticas e epidemiológicas e das formas contemporâneas de organização dos sistemas de saúde. Na sua avaliação, que tipo de mudanças a pandemia pode produzir sobre os paradigmas de investigação e intervenção em saúde? Qual tem sido o papel da APS no contexto que você vive durante a pandemia?

Risco-Prevenção Quaternária

Para iniciar a entrevista, você pode descrever brevemente sua trajetória profissional e como ela se relaciona com os conceitos de Prevenção Quaternária / Riscos na APS.

Como você entende o conceito de risco? Quais referenciais teóricos sustentam essa compreensão?

A Prevenção Quaternária (P4) é uma ferramenta criada no âmbito da APS que anuncia como objetivo responder de forma objetiva à excessiva intervenção e medicalização na prática clínica, tanto nas práticas diagnósticas quanto terapêuticas, buscando detectar indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los. É inegável que calcular “os riscos do risco” na prática clínica ajuda a diminuir a iatrogenia. Mas devemos também entender esse tipo de procedimento como um cálculo médico do risco e pensá-lo contraditoriamente como uma tentativa de “desmedicalização” que envolve um saber também medicalizante? Há alguma saída?

Quando definimos o risco como uma forma presente de descrever o futuro e sob a lógica do cálculo individual de ganhos e perdas, quais os riscos que corremos? Como preservar nossa capacidade de invenção e criatividade sobre que tipo de sociedade e sujeitos somos capazes de ser, fora do cálculo probabilístico e da mensuração do risco individual e coletivo?

Em um momento de pandemia, a ideia de risco e de grupos de risco vem aparecendo com frequência em falas de governantes, profissionais de saúde e da população em geral. Mas no caso do coronavírus, o risco assume uma forma populacional e vinculada a procedimentos de vigilância epidemiológica e a atuação estatal em diferentes aspectos da vida e sobre os determinantes sociais em saúde. É possível diferenciar esse tipo de risco e de intervenção coletiva em relação a um tipo de risco muito mais associado ao âmbito individual, que nos remete a uma autovigilância constante e a uma ideia de autonomia e liberdade presentes na racionalidade neoliberal?

8.2 Entrevista - Moira Stewart

Henrique: Para iniciar a entrevista, você pode descrever resumidamente como sua carreira profissional e acadêmica se relaciona com o Método Clínico Centrado na Pessoa.

Moira Stewart: Minha carreira profissional e acadêmica: eu não sou uma MD [Medical Doctor, diploma no Canadá depois da graduação médica], sou uma Ph.D. em Epidemiologia. Isso é interessante na crise (da pandemia) de hoje. Meu interesse sempre foi por serviços de saúde. Eu não estava interessada em epidemiologia de doenças como o câncer. Cheguei ao meu programa de mestrado dizendo que queria estudar a integração das questões sociais, psicológicas e de saúde física das pessoas. Então eu já estava pensando em integração. E antes de vir apenas para fazer meus estudos de doutorado, eu estava doente. Aos vinte e dois anos, adoeci. E tive essa poderosa experiência de doença. Não era uma doença terminal, não era uma doença crônica, mas se arrastou. Durou muito tempo e me fez duvidar da profissão médica. Isso me fez sentir uma espécie de rejeição por parte da profissão médica porque meu resultado não foi o que era esperado. Isso é angustiante para os médicos e eles não sabem o que fazer. A outra parte da minha experiência com a doença foi que ela foi fragmentada. Então eu fui atendida por estudantes e tive uma série de especialistas, nenhum deles tinha ideia do todo, e nenhum deles ligou para o fato de que eu tinha 22 anos e deveria estar me desenvolvendo e, sabe, tive que escolher uma carreira e deixar minha família de origem. E eu não tinha energia para fazer nenhuma dessas coisas. Então, tive essa experiência pessoal. E acho que é muito importante entender por que eu seria tão apaixonada por esse tipo de cuidado. Mais recentemente, tive uma outra experiência em que eu quebrei meu braço e foi uma experiência maravilhosa com os cirurgiões. Muito interessante. Mas voltando às minhas origens: chego a este programa de epidemiologia dizendo que quero estudar a integração dos fatores psicológicos, sociais e físicos na saúde e nos cuidados de saúde. E meu orientador de doutorado diz: “você tem que conhecer esse novo médico de família que acaba de chegar do Reino Unido para nossa universidade. E ele faz parte do nosso departamento, mas está formando um Departamento de Medicina de Família”. Essa pessoa era Ian McWhinney. Muito rapidamente, McWhinney se torna meu coorientador do meu PhD com a cadeira do Departamento de Epidemiologia. Eu gostaria de enquadrar isso não tanto como minha história, mas como a história de porque o cuidado centrado no paciente é importante, por que ele achava que era importante. Mas, para terminar minha história, ele desenvolveu uma maneira diferente de classificar os pacientes do que uma forma diagnóstica. Posso entrar nisso depois com mais detalhes. Mas a forma de diagnóstico é ordenar os pacientes em uma classificação, assumindo que todos os pacientes diabéticos são iguais, uns aos outros. E essa não era uma maneira de pensar da medicina de família. Ele estava desenvolvendo uma nova taxonomia, que publicou em 1972 no *New England Journal of Medicine*, quero que você leia esse artigo. Ele a chamou de classificação do comportamento da doença. Não era exatamente um comportamento de doença, mas foram essas as palavras que ele usou. E aqui está o tipo de coisa em que ele estava pensando: que um médico classificaria um paciente como um limite de tolerância física da dor. O paciente experimenta um limite de tolerância para a ansiedade ou a ou a dor psíquica. O paciente está apresentando um sinal de que pode estar consciente ou não, mas o médico precisa procurar um sinal de que há algum problema subjacente ao que o paciente está dizendo. Que são seus problemas físicos ou psicológicos. Meu primeiro projeto de mestrado era ir visitar médicos de família e assistir suas visitas naqueles dias em que eu estava na sala ou atrás de uma janela de mão única. *É assim que nós fizemos, não havia nenhum vídeo.* Isso foi há muito tempo. Estamos no início dos anos 1970. Eu classifiquei o médico e as consultas, então a gente fez esse estudo de confiabilidade, a gente media a prevalência desse tipo de olhar. A partir daí, passamos a desenvolver um projeto de doutorado que tratava de uma forma ampla de médico de família. Investigar pacientes,

conversar com pacientes, uma visão mais ampla do que simplesmente procurar o diagnóstico, uma visão mais ampla... Eventualmente, ao longo de 15 anos, tornou-se o que hoje chamamos de método clínico centrado no paciente. E não foram só eu e Ian. Era uma equipe enorme. Mais tarde, tornou-se uma grande equipe. E eu adoraria contar toda essa história. Mas muito cedo, eu queria estudar... queria integrar os aspectos físicos, psicológicos e sociais da vida do paciente, e queria estudar se isso fazia diferença. E então existe essa longa linha de estudos que se seguiram para medir, para descobrir o que definimos isso, como chamamos isso de definição operacional em epidemiologia. Como você realmente define de uma forma que você possa estudá-lo e outra pessoa possa estudá-lo também? Portanto, temos essas ferramentas, essas medidas que criamos. Mas isso foi muito mais tarde, o início foi sobre eu ter uma visão de minha própria experiência e, em seguida, ligar-me a McWhinney.

H: Você afirma em diferentes artigos que o cuidado centrado no paciente impacta a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde. De que maneira?

MS: O que fazemos tem um impacto positivo na saúde da população, na saúde dos seus pacientes e nos custos dos cuidados, todos esses objetivos terciários e quaternários. Nosso trabalho se encaixa lá porque um dos princípios da atenção primária é o foco no paciente. São outros princípios, continuidade do cuidado, integralidade do cuidado, tudo isso. Mas vamos falar sobre os estudos que fazemos sobre o impacto do método clínico centrado no paciente. Vou apenas falar sobre nossos estudos. Existem estudos de outras pessoas, e se estou mencionando-os, direi a você. Nossos estudos mostraram que, se o paciente experimenta o que chamamos de uma visita ao “médico centrado no paciente”, dois meses depois, sua recuperação dos sintomas da doença ou de seus problemas é melhor. Sua recuperação em dois meses é melhor. Estatisticamente significativo e com uma grande amostra de médicos de família, não apenas um médico de família. Então essa é a primeira coisa: os pacientes se recuperam melhor. Seus pacientes se recuperarão melhor. E essa é uma das medidas de resultado que avaliam a eficácia. Então, temos ensaios randomizados de ensinamentos a médicos de família e a outros médicos a serem mais centrados no paciente. E a gente encontra neles que os pacientes se sentem melhor, eles têm um aspecto subjetivo, você fala sobre o assunto e a vivência do assunto. O resultado é a sensação subjetiva do paciente de estar melhor, melhorar ou se sentir melhor. E isso era para cuidados de medicina de família, de oncologia e de cirurgia. Esses são resultados de saúde relatados pelos próprios pacientes. Isso é o que eles são agora. Eficiência é onde chegamos aos estudos de custo. Então o que fizemos: foi aquele período de dois meses em que o paciente está sendo atendido pelo médico de família e tem consultas de acompanhamento ou tem todo tipo de coisa acontecendo. *E nesses dois meses, se a primeira consulta for centrada no paciente nos dois meses subsequentes, os custos são um terço (do valor do tratamento não-centrado no paciente).* Então, o que acontece quando a visita não é centrada no paciente, o paciente volta porque suas necessidades não foram ouvidas ou vão para a clínica porque o médico de família não ouviu seus problemas ou vão ao pronto-socorro. Eles usam muitos serviços... Então esse é o lado do paciente. E quando a primeira visita não é centrada no paciente, quando o paciente chega, o médico está solicitando mais exames e geralmente as coisas não vão bem porque não há escuta suficiente e (os médicos) não estão resolvendo o verdadeiro problema no início. Portanto, estão apenas fazendo todos os tipos de coisas irrelevantes, os resultados são ruins e o custo é maior. Então era esse o custo de um tipo de utilização de serviços pelo médico e pelo paciente. Esse é um artigo recente meu e de Bridget Ryan. O papel da evidência na medicina e na política de saúde é muito importante no Canadá. Portanto, se estamos sugerindo que achamos que a atenção primária centrada no paciente é importante, temos que ter as mensagens que demonstram aos nossos ouvintes...

Nossos alunos, que são muito ligados em medicina baseada em evidências ... *Bem, se você quer praticar “medicina baseada em evidências”, é melhor você ser centrado no paciente nas consultas e na organização das políticas de saúde. Então, número um: a atenção primária é boa. Mas, além disso, a atenção primária centrada no paciente é ainda melhor.*

H: No Brasil, o título do seu livro foi traduzido aqui para "Medicina Centrada na Pessoa" e não como no original "Medicina Centrada no Paciente". Acredito que você saiba disso...

MS: Eu sabia que tinha sido traduzido, mas não sabia que se chamava medicina centrada na pessoa. Bem, a primeira coisa que quero dizer é que não me importo. Eu não me importo como as pessoas chamam. Eu me importo que elas entendam o que isso significa. *Preocupo-me que elas encontrem uma maneira de seguir a orientação que está naquele livro.* Então você pode chamá-lo do que quiser. Mas vamos falar sobre o que é diferente sobre a palavra medicina centrada no paciente versus pessoa na literatura. Eu estudei muito isso e estou trabalhando com pessoas na Austrália e estamos fazendo uma revisão com o método Scoping de todos os diferentes tipos de literatura “centrada em”. E encontramos muito mais, não apenas centrado na pessoa e centrado no paciente, mas centrado no relacionamento e isso e aquilo... E a principal diferença que as pessoas parecem estar dizendo é entre o que você pode chamar de uma abordagem centrada no paciente e na pessoa, é que a abordagem centrada na pessoa vem mais da literatura da geriatria e da gerontologia. Vem da literatura sobre pessoas que foram para uma residência para idosos, um programa de cuidados paliativos ou uma instituição de cuidados de longa duração. E nessa transição de sua casa para uma instalação, elas perdem sua personalidade. Elas são como todas as outras pessoas lá, então reconectar aquele indivíduo com seu passado é parte de como o cuidado deve se dar. É mais sobre a pessoa e sua história e não apenas sua história médica, mas seu passado e quem ela é como pessoa, que esse homem de 90 anos, você sabe, lutou numa guerra nos anos cinquenta ou quarenta. Você sabe ... eles eram pessoas corajosas, o que quer que fossem ... Então é isso que eu entendo ser mais centrado na pessoa. Você notará que nosso segundo componente, o componente número dois, é chamado de “pessoa como um todo”. E então nós incorporamos isso. A gente só não faz com a mesma intensidade, porque na atenção primária, você tem que fazer todas essas coisas e não dá pra fazer todos de maneira tão intensa. Você tem que ter certeza de que tem uma visão ampla. Mas é aí que isso se encaixa no nosso método e nunca pensamos se era “centrado na pessoa” ou “centrado no paciente” naqueles dias. A única outra coisa que quero dizer é que algumas pessoas pensam que chamá-lo de “centrado no paciente” traz consigo o ponto de vista autoritário dos anos 1950, 1960... onde se dizia: "Você é o paciente, pare de fazer perguntas, sou eu que vou te dizer o que fazer". Nós não vemos a palavra dessa forma. Vemos a palavra paciente como uma palavra que vem da raiz latina, que significa alguém que está sofrendo. Não tem a ver se o profissional é (a pessoa) realmente importante (na relação), tem a ver com você que está sofrendo e eu estou aqui para ajudar. Quem ajuda é o servidor /o servo (*servant*).

H: No livro sobre o método, afirma-se que existem muitos modelos teóricos que auxiliam os médicos a compreender o desenvolvimento individual das pessoas, fornecendo tanto explicações quanto previsões sobre o comportamento de alguém e suas respostas à experiência da doença. Algumas dessas abordagens são mencionadas, mas não há uma “afiliação” específica do método a qualquer uma dessas perspectivas. Meu doutorado investiga a construção discursiva do sujeito e da subjetividade na atenção básica. Como você descreveria a abordagem do sujeito para ler a “pessoa como um todo” do método?

MS: *Quem é o sujeito aqui, o paciente?*

H: O paciente. Como você lê esse sujeito? O paciente com qual método ou com qual teoria ou nenhuma teoria especificamente? Esta é a questão, como você descreveria o assunto ou a abordagem do paciente? Para ler a pessoa como um todo, com que referência, que método de análise da subjetividade da pessoa.

MS: *Então, vou dizer que esse método clínico foi derivado empiricamente, foi derivado de médicos. Eu gostaria de falar muito sobre isso. Na verdade, foi derivado de médicos que estão insatisfeitos com a forma como a prática médica era praticada. Isso remonta à década de 1950 e aos escritos das décadas de 50 e 60. Não foi criado a partir de um estudo acadêmico de teorias. Dessa forma, poderia ser chamado de “ateórico”. Porque foi derivado empiricamente. Foi baseado na experiência, não de pacientes, mas de profissionais que estavam pensativos sobre os limites de sua prática. Então, uma vez que tudo estava organizado, podia-se vinculá-lo a vários fios de teorias e trabalhos acadêmicos. Mas eu diria que esse é seu trabalho. Não é o trabalho de quem desenvolveu o método clínico centrado no paciente. Não acho que seja uma pergunta difícil, é uma pergunta que não te dá muito por onde prosseguir. Exceto, você sabe, eu não vou dizer que estamos mais alinhados com, sabe, teorias educacionais radicais de empoderamento de (Paulo) Freire, sabe, capacitar o paciente ou nós somos mais assim do que somos como alguma outra teoria, porque simplesmente não era a sua proveniência. Proveniência significa de onde veio. Não veio de nenhuma dessas teorias. Veio da experiência de médicos de família pensativos que, em sua maioria, não estavam lendo filosofia. Embora Ian McWhinney estivesse... McWhinney estava lendo Whitehead e filósofos que falavam sobre o valor da subjetividade.*

H: Não esperava uma resposta assim: “somos psicanalistas ou behavioristas”. Essa não era minha expectativa, mas acredito que a ausência desse tipo de descrição ou análise cria dificuldades para discutir o método.

MS: *No nosso programa de mestrado, temos um curso de métodos de pesquisa, que eu costumava dar aulas. Temos outro curso denominado Fundamentos Teóricos da Medicina de Família. É mais sobre isso que você está falando. Não exatamente com isso que você está discutindo, Balint, esse tipo de coisa. Tem a ver com as principais linhas da medicina de família, da época grega em diante... A abordagem hipocrática, a abordagem ampla... de que você presta atenção ao meio ambiente, que você preste atenção a todos os aspectos do paciente em relação à abordagem da categorização...*

H: Muitas vezes somos obrigados a ser permanentemente bons trabalhadores, bons pais, bons amantes, consumidores vorazes e, ao mesmo tempo, ter corpos saudáveis. Como alguém pode estar procurando e encontrando o único “verdadeiro eu”, quando é exigido que ele seja individualista e competitivo no trabalho, amoroso no casamento, solidário na criação dos filhos etc.? Você acredita que é possível pensar a subjetividade na clínica sem ter como premissa uma unidade estável da pessoa / paciente?

MS: *O que vou estruturar isso, minha resposta é para um médico de família que está vendo o mesmo paciente ao longo do tempo, esse paciente vai ser o mesmo ao longo das décadas? Você sabe, você é um jovem médico. Você verá alguns pacientes pelos próximos 30 anos e eles farão 60 anos quando você tiver 60 anos. E eles vão ser a mesma pessoa que eram quando tinham 30 anos? Eu diria que não, diria que os conceitos de fragilidade, contingência e transitoriedade são de fato o caso. E a palavra ciclo de vida significa que todos passam por diferentes fases da vida,*

você sabe, como os oito estágios de Eriksson e tudo isso, e nós mudamos em cada um desses estágios. *Portanto, o médico de família é quase uma testemunha, uma testemunha de algumas dessas evoluções.* E é por isso, a meu ver, no cuidado às doenças crônicas. Verificar com o paciente sobre qual é a versão atual do problema hoje? É muito importante porque embora o paciente possa ter pensado há seis semanas ou seis meses atrás que o mais importante era comer direito, livrar-se da dor, seja o que for ... Agora, o mais importante é a função física, a função física em declínio... Quero ser mais forte, quero mais programas de exercícios. É aqui que estou agora. Sou uma pessoa diferente do que era há seis meses. Então eu acho que uma das coisas que recomendamos muito fortemente no método clínico centrado no paciente, além desse diagrama, que é estático, é um diagrama para todos. Estamos dizendo "bem, sim, tenha esse diagrama em sua cabeça como clínico, mas seu trabalho é seguir as pistas do paciente. No topo de cada uma dessas ou da maioria dessas seções ou componentes, siga as dicas do paciente pistas para a sua saúde, doença, experiência de doença". Então, seguir as dicas do paciente realmente enfatiza a visão atual e transitória que o paciente tem de si mesmo naquele dia é o que importa. Eu não sei, o que você acha disso?

H: Entendi o que você disse sobre diferentes ciclos de vida e diferentes pessoas na mesma pessoa ao longo do tempo. Isso é algo em que acredito. É fácil visualizar que eles são muito diferentes no decorrer de uma vida. Mas existe uma crença talvez mais radical, que acredita que o self psicológico é apenas uma coisa entre as diferentes práticas da subjetividade e do sujeito. Então, isso é algo que temos estudado com Nikolas Rose. Ele é um sociólogo londrino que estudou teorias da subjetividade, mas não se filiou a nenhuma delas porque acredita na contingência das teorias da subjetividade e que essas teorias também ajudam a moldar a forma como vemos a realidade e nós mesmos. A psicanálise, o behaviorismo ou outras teorias ... todos acreditam que existe um eu psicológico interno e esses métodos vão nos ajudar a encontrar o interior, a evolução das subjetividades, como nós tem um corpo no corpo, um corpo que encapsula uma alma, um self, uma mente. E essa atitude radical em relação à subjetividade aponta a uma espécie de dobra, quando você atravessa alguma coisa para o lado, acaba novamente no exterior, um tipo de agenciamento... Somos uma mistura e não uma integridade holística, somos uma composição heterogênea de sonhos, aspirações, medos, práticas, sentimentos. E a atenção primária à saúde, especificamente, é uma tecnologia que ajuda a produzir esse tipo de agenciamento de subjetividade. Este é um breve resumo de minhas pesquisas atuais sobre subjetividade e a ideia de normalidade e saúde, e essas ligações entre as práticas da clínica, as formas de conduta e as ideias de quem pensamos que somos.

MS: Eu acho que ... (hesita) eu acredito fortemente que a medicina de família é uma espécie de cola que ajuda a sociedade a se manter coesa. Agora, a maneira que isso iria acontecer é que através de entrevistas individuais reforçam-se os valores de confiança, compaixão e respeito. Não são experiências que muitas pessoas têm no dia a dia com vendedores, com os colegas de trabalho. Mas com os clínicos de atenção primária que estão pensando sobre o foco no paciente, pensando como você é, como podemos melhorar a vida dos pacientes. E os médicos de família têm um papel importante a desempenhar. Eu acredito fortemente que a medicina de família tem tido um papel a desempenhar. A fazer com que algumas populações confiem nas mensagens científicas de que eles estão recebendo agora nos tempos de covid... Então você faria isso como um clínico indivíduo ao longo do tempo com os pacientes, porque você aprende sobre quais são as necessidades deles hoje, que é o que eu estava

falando antes. Mas você também aprende sobre seus pontos fortes e limitações, porque teve experiências com eles. Você deu à luz o bebê deles. Você os vê na família, quando o bebê adoece, vê seus pontos fortes e suas limitações. E algumas dessas são características básicas da pessoa. Não que não possam ser mudados, mas acho que um médico de família como testemunha sabe que tem um conhecimento, um conhecimento profundo de muitas famílias que se liga mais ao que você estava falando, que é esse cerne da ideia da pessoa. Este é o cerne da pessoa. Agora, eu não vejo a medicina de família... sabe, não é uma psicoterapia profunda. Não é uma hora por semana por 10 anos, sabe, não tem essa capacidade. Mas há flashes, como diz Balint, flashes de insight, onde um paciente e um médico saberão exatamente o que o outro quer dizer quando o médico disser: “ah, sim, você pode fazer isso”. “Eu sei que você tem poder para fazer isso” ... E o paciente apenas internaliza aquilo, mas também sabe que o médico está apenas refletindo o que deu para aquele médico. Então, existem essas transações que são talvez mais primitivas do que nossa pesquisa alcançaria, ou que nosso ensino iria chegar, mas esse é o tipo de coisa que aprendemos. E fiz alguns trabalhos com um médico que estudou o que os médicos de família pensavam sobre espiritualidade na medicina. E esses tipos de experiências entre pacientes e médicos, eles estão lá, mas os médicos não vão falar muito sobre isso, a menos que você pergunte. Sabe, estou interessado no lado espiritual de seus relacionamentos com seus pacientes e então alguns desses entendimentos profundos serão revelados. Não estou mudando minha resposta, mas estou dizendo que há um valor em não tomar um lado em relação a isso.

H: No M CCP, surge a ideia de um “desenvolvimento individual saudável” que vincula autonomia, autoestima, independência e um “sentido sólido de si” dos pacientes. Isso não pode frustrar tanto pacientes quanto profissionais de saúde e acabar por valorizar um tipo de ideal de saúde que supervaloriza um tipo de estilo de vida produtivo e “empreendedor”?

MS: Então, a primeira coisa que quero dizer e não vou realmente responder a sua pergunta, você não vai obter uma resposta clara porque não é uma pergunta clara. Então, vamos apenas conversar sobre. Uma coisa que ajuda com esses tipos de debates é realmente não seguir as regras, mas a intenção de uma abordagem centrada no paciente é encontrar o paciente exatamente onde ele está. Certo, se esse paciente não quer autonomia, não quer independência. Eles têm uma maneira de conduzir a vida diferente da sua postura moral. Então você deve encontrar o paciente onde ele está. Isso é muito difícil. Isso significa que você deve desistir de sua postura moral naquele momento particular. Então eu acho que é um ponto muito importante que estou fazendo. E podemos falar mais sobre isso mais tarde. Acho que esta não é uma declaração casual. Tenho todos os tipos de material para comprovar isso. O outro ponto que você destaca é esse. Na sua cultura, na sua sociedade, as pessoas estão sendo deixadas para trás porque não são, você sabe, então não são capazes de manter a hemoglobina no nível adequado e não os queremos como pacientes porque estão arruinando nossos resultados. Isso também acontece aqui. E isso é uma questão de equidade. Uma questão de equidade e uma questão de garantir que os mais vulneráveis tenham um atendimento tão bom quanto os menos vulneráveis. Essa é uma postura moral que posso aceitar, e acho que todos os médicos devem aceitá-la. E isso pode ser um problema estrutural em sua clínica. Não tem necessariamente a ver com relacionamento um a um. É ter muito cuidado com a maneira como sua clínica se organiza e com o valor que você dá a essas pessoas que não vão ganhar, elas não vão dar dinheiro para você porque não vão atender a esses critérios de resultado que seu governo está pagando para você ou algo assim. É assim que é na Inglaterra. Certo, com a necessidade de pagar por alguma coisa. Pague pelo resultado. Então é isso que tenho a dizer. Você pode dizer

que sou muito concreta ... Sou uma pensadora concreta. (risos) Mas, voltando à questão da economia com a qual comecei esta resposta. Tenho pensado muito sobre a distinção entre o método clínico centrado no paciente e a literatura de tomada de decisão compartilhada ou a literatura da medicina baseada em evidências. E a medicina baseada em evidências é como autonomia, certo? É: "OK. Quer goste ou não, paciente, você vai compartilhar a decisão comigo e eu vou lhe contar tudo sobre isso, essas escolhas. E você vai fazer a escolha." E o paciente pode dizer. "Ótimo, eu gosto disso." Mas outro paciente pode dizer "Embora eu não possa lidar com isso, estou confuso, estou doente. Não estou. Normalmente sou uma pessoa inteligente, mas agora estou doente. Preciso que você... Eu preciso que você tome uma decisão agora. Talvez possamos conversar sobre coisas em andamento quando eu estiver me sentindo melhor. " Esse é um microcosmo do tipo de problema no qual assumir uma posição moral elevada pode colocar um provedor e um grupo de provedores como provedores de atenção primária. Se você tem uma postura moral sobre autonomia ou sobre tomada de decisão compartilhada. E é esse princípio que te orienta, e não o princípio do que os pacientes precisam naquele dia. Portanto, em meu mundo, as necessidades do paciente naquele dia têm precedência sobre esses princípios. Portanto, essa resposta se encaixa muito bem com a resposta à primeira pergunta, que é a centralização do paciente surgida dos médicos que pensavam em atender às necessidades daquele paciente naquele dia.

H: Há um debate muito importante sobre a "nova saúde pública" com estilos de vida e promoção da saúde como principais objetivos da saúde. Portanto, uma boa prática de saúde é uma promoção da saúde e um estilo de vida no aconselhamento de perfis de risco. E o médico deve estar constantemente dando dicas e orientando os usuários nas escolhas mais racionais e nas escolhas individuais de estilo de vida. E esse movimento está muito ligado ao neoliberalismo. Nesse sentido, há uma crença muito comum que a atenção primária à saúde deve principalmente educar as pessoas para serem cidadãos independentes e responsáveis. Para educar as pessoas para que queiram ser menos arriscadas e menos prejudiciais à saúde, para fazerem cada vez menos práticas prejudiciais. Alguns dos médicos de família brasileiros acreditam que se alguém é praticante de medicina baseada em evidências e sabe praticar a prevenção quaternária e métodos centrados no paciente, é um bom clínico. E de alguma forma, é por isso que fomos ver quais princípios e quais tipos de práticas de saúde e que tipo de crenças esses tipos de profissionais defendem. Porque acredito que toda prática tem princípios, crenças e práticas. E essas premissas, porque você acabou de me dizer uma, e é muito útil para minha pesquisa quando você disse que a medicina familiar é uma espécie de cola que a sociedade mantém unida e tem confiança e compaixão como valores. Essas afirmações não estão presentes na medicina baseada em evidências, por exemplo. Temos discutido também a ideia de que nenhum método é bom ou ruim, a priori...

MS: Estou muito interessada no que você acabou de dizer. Eu gosto muito disso. Quero acrescentar mais uma coisa em sua comparação entre a medicina baseada em evidências e a medicina centrada no paciente, especialmente a tomada de decisão compartilhada e a medicina centrada no paciente, ambos os quais falam sobre a interação um a um com um paciente e um médico. O que descobri, e estou trabalhando com Bill Phillips, um médico de família americano, brilhante, da minha idade e aposentado. Ele fazia parte da Força-Tarefa Americana para Prevenção dos Estados Unidos, que visa trazer evidências para questões de prevenção, como o autoexame das mamas e fazer recomendações. E ele quer trabalhar comigo e estamos trabalhando juntos. E eu tenho um bom gráfico em que você pode estar interessado em

comparar a tomada de decisão compartilhada no método clínico centrado no paciente. *E a diferença mais reveladora é que a tomada de decisão compartilhada só funciona quando há evidências.* Então se você tem um paciente na sua frente que é diabético e só tem diabetes, não tem um milhão de outras coisas, isso é raro e você tem uma diretriz que pode compartilhar com eles. Mas se o paciente não se encaixa ou se o problema do paciente não for um ensaio randomizado. Você, como clínico, não tem nenhuma evidência, então o que você vai fazer e isso é a maioria dos seus pacientes, o que você faz na ausência de evidência ou quando a evidência não é clara? O paciente diz: não me importa o que as evidências dizem. Aquele remédio que você está recomendando né, matou meu tio ou ... A gente tem um grande, tem uma grande população indígena que tem muito diabetes. Isso é muito importante. Quer dizer, o que dizemos, o que recomendamos para médicos de família é algo que deve cobrir uma ampla gama de problemas. Não pode ser apenas por essa pequena coisa em que insistimos que eles venham para um curso sobre este pequeno pedaço de sua prática. Esse é o valor do método clínico centrado no paciente. *Ele se encaixa em qualquer paciente porque são as pistas do paciente que você está seguindo. É apenas um guia para você como clínico, para que não perca o controle do todo.*

H: Você afirma que para ser centrado no paciente, “o profissional deve ser capaz de empoderar o paciente e compartilhar o poder na relação, e isso significa renunciar ao controle que tradicionalmente está nas mãos do profissional”. Como você acha a autonomia e o poder do médico na atenção primária hoje, que é influenciada pelos protocolos da Medicina Baseada em Evidências, outras expertises e o “saber médico” que o próprio paciente vem apresentando cada vez mais?

MS: Acho que existem dois princípios básicos, elementos básicos e fundamentais do método clínico centrado no paciente. Um é compartilhar o poder, é essencial, e o outro é atender o paciente no nível emocional. Não apenas no nível cognitivo ... Educar um paciente não vai funcionar, as mudanças no estilo de vida não vão funcionar, se você não conseguir envolver o paciente em um nível emocional. Descubra por que ele está lá. Portanto, em primeiro lugar, é o poder. E há dois lados nisso, na minha opinião. Uma é que o profissional deve seguir as dicas do paciente. Então se o profissional acha que essa consulta é sobre hipertensão e é uma consulta de acompanhamento de hipertensão e o paciente chega e fala algo completamente diferente. Bem, agora você não está aqui para isso. Você está aqui para hipertensão. Não, agora é um tanto e ambos os problemas devem ser tratados. Seguir as pistas do paciente é abdicar ... Então, se o paciente está falando sobre seus problemas ... O método clínico centrado no paciente diz, siga essas pistas, ouça-as e siga o que elas pensam que significam. Então, isso é uma renúncia de poder. Isso não é insistir em ah, pensei ter pensado que íamos falar sobre a sua hipertensão e é só sobre isso que quero falar. Então, isso é uma renúncia de poder. É parte integrante do método clínico centrado no paciente. Mas quando chega a hora do terceiro componente sobre como encontrar um terreno comum, o paciente e o médico têm uma discussão mútua sobre a natureza do problema, os objetivos do tratamento e gerenciamento e os papéis que cada um vai assumir. Os objetivos que os médicos têm de usar, sua experiência médica para dizer, bem, nosso objetivo para o tratamento é este. Este é o tratamento recomendado para isso. E o paciente pode ter algumas ideias sobre isso. Isso é bom. E eles têm uma discussão mútua. Isso é compartilhar. Mas nunca devemos fingir que o método clínico centrado no paciente tem tudo a ver com o médico abdicando completamente de seu papel de

especialista médico. Ele (ou ela) é o especialista médico. E ele (ou ela) vai usar sua experiência. Esse é o limite do poder, de desistir dele.

8.3 Entrevista Judith Belle Brown

Henrique: Para iniciar a entrevista, você pode descrever resumidamente como sua trajetória profissional e acadêmica se relaciona com o Método Clínico Centrado na Pessoa.

Judith Belle Brown: Meu envolvimento começou logo no início, quando o Dr. Joseph Levenstein, um médico da África do Sul, esteve disposto a ir a Ontário para compartilhar suas ideias. Naquela época, eu era assistente clínica de um de nossos professores de Medicina de Família e estava começando a me envolver em pesquisas, e fui convidada por Moira Stewart para fazer parte da equipe. Eu estava prestes a fazer o meu doutorado. E então me envolvi no desenvolvimento do método. E depois disso, publicamos os artigos, Stewart, eu, Weston e outros. E então, mais tarde, em 1995, escrevemos a primeira edição do livro, *Patient Centered Medicine Transforming the Clinical Method*. Desde então, estive muito envolvida nas duas edições seguintes e muitas delas sendo publicadas em 2014, onde começamos a olhar para a sintetização do método em quatro componentes. Eu também estive muito envolvida no ensino de graduação e pós-graduação e com pesquisa ao longo dos anos. Participei de muitos workshops e seminários ao redor do mundo. Já estive no Brasil duas vezes. Já estive em muitos países diferentes, como Japão e Nova Zelândia, Austrália, Reino Unido, Espanha, muitos, muitos lugares. Ensinando os professores a serem centrados no paciente e ensinando como treinar médicos de família na prática. Então, realmente estive envolvida com ensino, com pesquisa, e também escrevendo sobre o método por mais de 30, quase 40 anos.

H: Você teve contato, contato com Ian McWhinney também?

JBB: Sim, logo no início, o Dr. McWhinney e a Dra. Stewart me convidaram para entrar e então tivemos muito contato. Um homem memorável. Ele era nosso líder filosófico. E alguém de quem realmente tínhamos uma tremenda admiração e aprendemos muito, e acho que foi sua capacidade de realmente articular o que os médicos de família fizeram naquele momento com os pacientes e a importância de uma escuta realmente ativa e uma escuta atenta. E também ser capaz de ver o contexto em que a pessoa vive. Isso foi muito relevante para mim. É aí que você realmente começa a ver o casamento entre a medicina de família e a saúde pública.

H: Com método clínico centrado? Por quê?

JBB: Bem, eu acho que é porque você começa a ver a compreensão do que é mais próximo do paciente bem como apenas alguns conteúdos influenciam sua saúde, sua doença e sua experiência de doença. Acho que, no campo da saúde pública, estamos sempre olhando para as questões ao redor. Os determinantes sociais da saúde influenciam no bem-estar do paciente de várias formas... É realmente onde eu vejo essa conexão ou aquele casamento entre medicina de família e saúde pública.

H: O título do seu livro foi traduzido aqui como "Medicina Centrada na Pessoa" e não como no original "Medicina Centrada no Paciente". Você poderia comentar sobre sua avaliação do uso de diferentes terminologias?

JBB: Houve muito debate ao longo dos anos sobre se deveríamos mudar o nome para centrado na pessoa, centrado no cliente, centrado na família e não usar a palavra paciente. Acredito que

usar a palavra paciente é muito importante e crítico porque as pessoas que cuidamos são nossos pacientes. A palavra paciente deriva, em latim, de “aquele que está sofrendo”. Se voltarmos ao Dr. McWhinney... ele acredita que temos o privilégio e a honra de caminhar ao lado de nosso paciente através de seu sofrimento. Eu penso que é muito importante manter a pessoa de quem estamos cuidando identificada como “o paciente”, que é nossa responsabilidade aliviar esse sofrimento. Esse sofrimento pode ser físico. Pode ser emocional. Pode ser espiritual. Temos lutado com esse debate por muitos anos, e ainda mantenho a importância de se referir a ele como o paciente, porque é o paciente que é o centro. E aquele paciente é uma pessoa, mas elas, para nós naquele momento, são pessoas que precisa de cuidados. Assim, são pacientes.

H: No livro sobre o método clínico centrado no paciente, afirma-se que existem muitos modelos teóricos que ajudam os médicos a compreender o desenvolvimento individual das pessoas, fornecendo tanto explicações quanto previsões sobre o comportamento de alguém e suas respostas à experiência da doença. Algumas dessas abordagens são mencionadas, mas não há uma “afiliação” específica do método a qualquer uma dessas perspectivas. Meu doutorado investiga a construção discursiva do sujeito e da subjetividade na atenção básica. Como você descreveria a abordagem do sujeito para ler a “pessoa como um todo” do método?

JBB: Darei um exemplo. *George Engel desenvolveu o modelo biopsicossocial. E isso foi inovador na época.* Porém, o que eu fiz e essa foi uma grande questão em relação para McWhinney, é colocar o paciente nos “silos” [armazenamentos], no biológico, social e psicológico. E ele percebeu, e nós concordamos, que realmente não estava integrado. No MCCP, tentamos integrar nossos pacientes, integrar saúde, doença e enfermidade na compreensão da pessoa como um todo. É muito mais amplo, em minha mente, e se torna um mais perspectiva integrada. Também é importante quando estamos pensando em cuidar de pacientes, pensar sobre qual são as tarefas para chegar a um terreno comum, o entendimento comum de qual é o problema? Quais são os objetivos do tratamento? E como será essa gestão? *Portanto, acho que a base da espinha dorsal do método clínico centrado no paciente é a relação médico-paciente.* E esse relacionamento oferece uma conexão ou aliança terapêutica que é uma combinação da subjetividade e da objetividade. Se você entra, por exemplo, na psicologia ou na literatura psicológica... o que falamos sobre usar a própria subjetividade para construir o relacionamento. *E isso leva, de alguma forma, a conceitos em torno de transferência e contratransferência... e o papel que isso desempenha em um relacionamento terapêutico. E acredito que a transferência é onipresente, está em todo lugar o tempo todo... também precisamos entender nossa própria contratransferência, porque não podemos ser apenas objetivos.* Sempre vai haver alguma subjetividade ou intersubjetividade na forma como abordamos e encontramos com um paciente. Então, para mim, é uma ideia muito complexa e difícil de ensinar aos alunos de graduação. Às vezes, difícil de ensinar aos residentes porque eles querem praticar a medicina, e acho que somente quando você entra na prática e começa a encontrar pacientes e cenários desafiadores, que você realmente entende o que isso significa.

H: É muito interessante para mim porque é eu que vi as palavras transferência e contratransferência no livro, mas não há uma exploração dessas questões especificamente. E há alguns autores brasileiros que afirmam que a compreensão da subjetividade do método clínico centrado seria algo mais compreensão anglo-saxônica da

subjetividade menos ligada ao inconsciente e mais racional e integrada à visão da pessoa. O que você acha disso?

JBB: Interessante... *Provavelmente fui eu quem realmente empurrei na escrita do livro sobre transferência e contratransferência, e isso se relaciona com meu próprio treinamento pessoal para meu doutorado.* Então, eu treinei em uma escola muito psicodinâmica de serviço social nos Estados Unidos. Eu estava realmente aprofundada em muitas teorias psicanalíticas e passei a apreciá-las por meio de meu treinamento e de minha prática clínica. O importante papel da transferência e contratransferência. Não apenas através de uma lente freudiana, mas indo ainda mais longe no mundo da psicologia do self e outros trabalhos que foram feitos desde então. Acho que influenciei esse processo significativamente.

H: Em um capítulo sobre o governo da subjetividade na atenção primária, eu uso a crítica de David Armstrong em relação ao paradigma biopsicossocial de Engel. Ele afirma que o modelo de Engel era sociologicamente ingênuo. E isso acabou superestimando o bio e subestimando o social e o psico. Como se houvesse sempre um núcleo, que fosse o diagnóstico biológico: a hipertensão, a tuberculose, o câncer etc. E aí colocavam um “apêndice”, o social e o psico, mas sempre subordinados à verdade biológica, não permitindo que o social e o psico questionassem a forma de diagnosticar e tratar as doenças.

JBB: Sim, acho que há algumas semelhanças, mas algumas diferenças... Nós o vimos novamente como sendo muito integrado. E quando falamos dos quatro componentes, falamos do método centrado no paciente, da integração e acho que muito integrado e interagindo. Portanto, não é uma progressão gradual que você faz isso... É muito sinérgico.

H: Há autores do MCCP que afirmam que Engel teria criado o modelo biopsicossocial, mas não os métodos para aplicá-lo. Na sua avaliação, método é uma forma de aplicar o modelo de Engel?

JBB: Bem, não sei se o método é a forma de aplicar o modelo do Engel. Acho que vai além do modelo de Engel. Eu acho que é maior do que isso. Eu posso pegar esses três *silos* (armazenamentos) e colocar lado a lado... *Você tem razão, acho que um ainda é mais dominante: o biológico.* No nosso caso, o pedaço biológico é importante, é o que você, médico de família, está tentando aprender e fazer na faculdade de medicina. Mas se essa expansão do seu pensamento incluir outros aspectos do paciente e apreciar o papel da relação médico-paciente nisso.... Portanto, não é possível executar o cuidado centrado no paciente fora do contexto de um relacionamento. Você tem que ter um provedor e um paciente. E juntos, é aí que acontece.

H: No Brasil, o debate da subjetividade na clínica também é muito influenciado por Balint...

JBB: Certamente, o trabalho de Balint foi extremamente influente. E influente em nosso pensamento também. E, novamente, por ver realmente o papel da relação médico-paciente, e havia o pensamento de Balint que se baseava na contratransferência. O papel central de Balint de abordar a contratransferência. Tenho um respeito tremendo por Michael Balint, que era psicanalista.

H: Muitas vezes somos obrigados a ser permanentemente bons trabalhadores, bons pais, bons amantes, consumidores vorazes e, ao mesmo tempo, ter corpos saudáveis. Como alguém pode estar procurando e encontrando o único “verdadeiro eu”, quando é exigido que ele seja individualista e competitivo no trabalho, amoroso no casamento, solidário na criação dos filhos etc.? Você acredita que é possível pensar a subjetividade na clínica sem ter como premissa uma unidade estável da pessoa / paciente? Isso é algo que eu quero questionar a abordagem holística e a pessoa como um todo. Existe uma pessoa como um todo?

JBB: Boa pergunta (risos). Se você tiver alguns dias para falar sobre isso (risos). Interessante porque uma área na qual sempre tive muito interesse é o “work-life balance” (equilíbrio trabalho-vida). Poder equilibrar minha vida, trabalhar o equilíbrio entre o trabalho ou sua vida profissional, sua vida dentro e fora do trabalho. Minha tese de doutorado foi olhar para o trabalho e o bem-estar de médicas de família. Quando eu estava fazendo meu doutorado, o número de mulheres na medicina familiar não era como hoje. Provavelmente era de 25%. Agora quase inverteu... Temos quase mais mulheres, pelo menos no Canadá. Portanto, a questão se tornou ainda mais crítica: como você consegue isso? Como negociar o trabalho e ser consumidora e ser esposa e ser mãe e encontrar tempo para ser amante, por que qual é o seu tempo? Então tudo isso. Para mim, é uma questão muito crítica. E acho que não tem a ver com a medicina. Como encontramos esse equilíbrio entre nossa vida pessoal e nossa vida profissional? E é interessante como um aparte, com tantos de nós ao redor do mundo trabalhando remotamente, trabalhando em casa, há mais vida profissional do que nossa vida doméstica é apenas sangrada, pelo menos a minha. E acho que fica destacado para mim esse desafio de tentar mantê-los separados. Assim. Existe uma pessoa completa? *Acho que existem diferentes partes da nossa vida que ganham destaque em diferentes momentos, em diferentes contextos.* E quando estamos cuidando de pacientes, precisamos estar bem cientes de que certas coisas vão ter problemas em um momento específico, e pode não ser mais o caso quando virmos aquele paciente novamente. Porque as circunstâncias mudam, o ambiente muda... Alguém, por exemplo, tem lidado muito bem com suas doenças crônicas. De repente, uma pandemia acontece e sua capacidade de lidar com essa doença crônica se deteriora porque eles estão isolados, não estão recebendo refeições adequadas, não fazem exercícios etc. Esse é um exemplo contemporâneo. Acho que a lição para mim é que nunca podemos fazer suposições sobre quem essa pessoa é naquele momento. Portanto, para ser centrado no paciente, é muito importante perguntar: Como eles estão? Como estão fazendo as coisas? Como estão as coisas para eles hoje? Eu penso que a pessoa é um pouco como um caleidoscópio. Muda as cores e as imagens o tempo todo, conforme ele gira. Eu poderia continuar (a resposta) por muito tempo...

H: No PCCM, surge um “desenvolvimento individual saudável” que vincula autonomia, autoestima, independência e um “sentido sólido de si” dos pacientes. Isso não pode frustrar tanto pacientes quanto profissionais de saúde e acabar por valorizar um tipo de ideal de saúde que supervaloriza um tipo de estilo de vida produtivo e “empreendedor”?

JBB: Esse é o procedimento médico da pessoa como um todo de que estamos falando... o desenvolvimento individual saudável e estamos falando especificamente sobre o desenvolvimento da personalidade naquele capítulo. Olhando para uma criança, por exemplo... A ideia de como podemos ajudar uma criança a desenvolver um senso de autonomia que vale a pena ser consciente ou como podemos construir autoestima? Como construir aquele senso de identidade, de sentir-se segura, de segurança, ... Aquelas palavras naquela linguagem

provavelmente foram, de novo, muito influenciadas pela minha formação psicanalítica, concordando com muitas teorias diferentes. Teoria psicológica do self, o trabalho de Erikson [dos ciclos de vida]. Muitos outros..., Mas acho que com isso temos que ser cautelosos para levar essa linguagem lá, mas estamos falando de um indivíduo que, pela situação, está isolado, deprimido, não consegue conquistar a independência, não mantém a autonomia. *Não vejo isso como uma personalidade central, nuclear, conforme você descreve dessa forma. Vejo mais de sua situação de vida, seu contexto, sua falta de moradia digna, segurança alimentar, renda, segurança etc. Há limites para sua capacidade de ser autônomo, de ser independente e de ter um bom senso de si mesmo ou autoestima, de forma mais importante.* Portanto, acho que devemos ter cuidado para não confundir os dois conceitos sobre o desenvolvimento psicológico individual versus autonomia, independência e autoestima. Eles se relacionam. Então, se você pensar em uma criança, ela começa a partir do momento em que obtém linguagem e locomoção, ela pode ir para o mundo. Eles podem sair para se aventurar. Mas se você observa uma criança, todos estão checando para ver onde a mãe ou o pai, porque eles ainda estão muito juntos, muito conectados. Eles não alcançaram essa autonomia ou independência. Eles atingem a idade adulta jovem com aquelas coisas que estarão no lugar para pensar ao redor ... Então, se você falar sobre a capacidade de uma pessoa idosa, de um idoso ser independente, eles são golpeados por muitos fatores que limitam suas habilidades. Isso para mim, entender a pessoa toda mais a partir do que é possível e desse contexto. Então, se eles não têm apoio familiar, de novo, se não têm moradia adequada ou segurança alimentar, essas coisas vão prejudicar sua capacidade, sua saúde. Consegue entender a diferença que estou apontando?

H: Entendi que de alguma forma você está falando em ajudar o desenvolvimento individual e o desenvolvimento da sociedade em geral e do ambiente que possibilitem essa construção de autoestima e autonomia e independência.

JBB: Sim. Mas se você pega alguém que se tornou socialmente isolado e talvez esteja enfrentando muitos desafios por causa dos determinantes sociais negativos da saúde; e você cria um sistema de apoio para ele e consegue moradia para ele. Você consegue segurança alimentar, você consegue conectado com uma organização comunitária ou uma igreja comunitária ou algo que ... Você verá que esse senso de autonomia, essa independência, essa autoestima, podem voltar muito rapidamente. O roteiro do método foi interpretado de uma forma que existia, influências contextuais, não de seu núcleo interno. *No desenvolvimento de um desenho saudável, uma vez que você solidifique esse núcleo interno. Portanto, se eu realmente acho exista um senso de identidade no núcleo interno? Acho que há ... O que você desenvolveu ... há sempre um núcleo disso. Sempre há um pequeno pedaço dela que precisa ser nutrido para continuar a florescer.*

8.4 Entrevista David Armstrong

HENRIQUE: Você diz em um livro de 2002, em um capítulo sobre a evocação da subjetividade, que “a ‘centralização no paciente’ poderia muito bem ser vista como simplesmente uma forma atualizada de ‘centralização no médico’, informada por uma necessidade de extrair o mundo subjetivo do paciente. Ainda assim, a divulgação de informações biográficas foi, de acordo com a visão do médico centrado no paciente, apresentada como um interesse auto evidente dos pacientes. Na verdade, a nova retórica da relação médico-paciente, além de permitir que os médicos de família-generalistas se diferenciasssem de seus colegas ‘centrados na doença’, permitia-lhes que preservassem uma visão de si próprios como médicos particularmente humanos.” O que você está dizendo é que os métodos clínicos centrados “no paciente” e “na pessoa” e todas essas discussões são mais uma “subjetividade centrada no médico” do que “centrada no próprio paciente”?

DAVID ARMSTRONG: As duas coisas. Essa técnica de ser “centrado no paciente” transforma as duas partes na consulta. Ela transforma tanto o médico quanto o paciente. Então os médicos são instados a serem humanistas, a pensarem no paciente. Mas pensando no paciente, eles também conseguiram se transformar. Eles mudam o que são. O que eu gosto nesse tema é que ele soa sinistro, ao mesmo tempo um pouco assustador, como se houvesse um Big Brother, se houvesse algo por trás manipulando, puxando as cordas. Mas não acho que haja nada por trás disso. Não é tão sinistro quanto parece. Mas eu gosto de extrair os aspectos sinistros disso, que as pessoas estão sendo controladas, se você quiser, sem seu conhecimento, sem sua consciência disso. Então é isso que estou abordando. E nesse controle, você controla a si mesmo também. Recentemente, eu estava examinando alguns trabalhos sobre questionários... quando o design do questionário surgiu no início do século XX. E lembro que muitos psicólogos disseram: “olha, as pessoas não vão conseguir responder a um questionário porque não conseguem fazer a introspecção.” E foi isso que os psicólogos fizeram no século XIX: a introspecção. Eles se sentaram em uma cadeira e tiveram grandes pensamentos em suas cabeças. E eles tentaram desenvolver seus processos de pensamento refletindo sobre suas próprias mentes. E isso foi a introspecção no século XIX. E eles falaram: “olha, gente comum não pode fazer isso”. Agora, olhando para trás, essa foi uma declaração arrogante e presunçosa, mas talvez fosse verdade. Talvez pessoas comuns, de antes de 1900, não pudessem fazer introspecção. Elas não podiam olhar para si mesmas. Agora elas podem. Porque nós os ensinamos. Transformamos a maneira como elas pensam sobre si mesmas. Todos, então, devem fazer introspecção. Todos devem ser reflexivos, inclusive o médico. Nesses textos, tento traçar paralelos entre a maneira como os médicos estavam sendo reinventados nos anos 60 e 70 e como os pacientes estavam sendo reinventados lado a lado. Há outro artigo, que não sei se você conhece, é sobre dois corpos da medicina e sobre ética médica. Os dois corpos são o corpo do paciente e o corpo do médico. E ambos são transformados lado a lado nesse processo. Portanto, nunca há apenas um lado disso. Na interação, há transformação em ambos os lados.

H: Esta é uma reflexão muito importante para o meu trabalho porque é muito raro ver opiniões críticas sobre a medicina centrada no paciente. É comum ler que ela é uma solução para a medicalização, para a adesão ao tratamento, para um melhor atendimento e melhor desfecho tratando as pessoas e depois considerando suas decisões e seus desejos e seus desejos. Então parece quase um pecado criticar a medicina centrada no paciente, porque do outro lado do rio tem a medicina hospitalar e anatomopatológica que é pode ser muito dura e repressiva e pouco “humana”, como você diz. Como você aborda esse tipo de debate com seus colegas generalistas na Inglaterra, que trabalham na Atenção Primária?

DA: Não falo com eles sobre esse assunto, deixo isso para você (risos)... Existem duas questões aí. Por um lado, existe a medicina hospitalar, que obviamente no Brasil ainda é o que eu chamaria de antiquada. Não mudou. Na Inglaterra, a medicina hospitalar também é centrada no paciente. Ela também tem essa retórica constante de ser “centrada no paciente”. Então isso foi transferido para o hospital também. Ainda há médicos em hospitais que encontro que não são centrados no paciente, mas a maioria deles afirma ser. Eles querem ser centrados no paciente. Agora, o que isso significa? Isso significa que os médicos dos hospitais antiquados controlam o corpo do paciente. No Brasil você encontrará esses médicos muito habilidosos que farão um diagnóstico, eles são muito inteligentes, farão um diagnóstico do corpo, mas ignoram a mente. Portanto, a medicina centrada no paciente no sistema está dando a você ferramentas para gerenciar, diagnosticar, compreender, explorar e manipular a mente. Então é isso que o generalistas estão fazendo, eles estão dizendo, “olha, esses pacientes não estão tomando os comprimidos. Como podemos fazer com que eles adiram a este medicamento?” E fazem isso centrando-se no paciente, porque precisam controlar a mente de alguma forma para que isso seja eficaz. Agora, isso é apresentado e é o que está acontecendo na medicina hospitalar na Grã-Bretanha também. Mas isso é apresentado como se fosse libertador. E claro, tudo que é bom é libertador, não é? Portanto, é libertador controlar a mente. Mas você poderia colocar outro argumento para dizer, “não, não é libertador. É colocar a mente sob controle”. Você fala de medicalização. Isso é medicalização total porque você controla a mente do paciente também. Você dá um tempo a eles, deixa que eles pensem, você administra seus corpos e deixa que eles tenham seus próprios pensamentos, seus próprios sentimentos, deixa-os! Mas é claro que eles não teriam seus próprios pensamentos e sentimentos se você os deixasse, porque o que você tem que fazer com o paciente para dizer a eles: “por que você veio com essa dor de garganta? Por que você veio com essa dor? Fale-me sobre você. Como você se sente em seu espírito? Conte-me sobre sua vida, sobre suas esperanças, seus sonhos, sua família. Conte-me tudo.” O interrogador na câmara de tortura tem que torturar pessoas para obter essas informações. Mas o médico só pede: “fala por favor” e sai tudo. Não há tortura. Este é um sistema maravilhoso para extrair segredos de pessoas sem tortura. E é isso que temos no século 21, uma forma de obter segredos sem tortura. É um sistema brilhante!

H: E é uma informação muito biográfica... Quando li este capítulo, lembrei-me das minhas aulas quando estava sendo gravado fazendo uma consulta. E como detestava aquelas atividades que a gente tinha que frequentar e fazer consulta com alguns pacientes atores. Eu era avaliado se conseguia acessar especificamente alguns segredos do paciente durante a consulta que ele deveria se esconder de mim. E eu precisava “destravar a fechadura”, desvendar e desbloquear seus segredos. E a maioria dos meus colegas adorava esses exercícios. Eles geralmente detestavam as aulas de saúde pública, mas adoravam entender o quão poderosos eles eram sobre subjetividade e sobre controlar e poder fazer a diferença para os pacientes. E fiquei extremamente feliz em ver que alguém poderia colocar em palavras o que eu estava sentindo naqueles dias em que estava descobrindo que não queria tanto poder em minhas mãos e ser observado por isso. Porque quando o exercício acabava nas videoconferências, o ator ia embora e todo o assunto girava em como eu tinha sentido aquela experiência. E como minha subjetividade tinha sido tocada. Então, quando você coloca que, no final das contas, é uma subjetividade centrada no médico, e o que estamos discutindo não é a subjetividade do paciente, mas sim a subjetividade do médico e os sentimentos do médico... É um verdadeiro labirinto em que no final, encontramos nossa própria subjetividade, não a subjetividade do paciente.

DA: Porque quando, porque depois do vídeo com o ator, você assiste o vídeo de você mesmo. Sim. E você não assiste o ator. Ninguém está olhando para o ator. Todo mundo está olhando para você. Então, quem é o paciente aqui? É o ator que finge ser um paciente ou é o médico que está atuando? Então todo mundo olha para o médico, você incluindo você mesmo, e você reflete sobre o que vê no espelho. E assim você faz parte desse processo de compreensão e reflexão sobre si mesmo. É muito importante que você se veja.

H: O trabalho do nosso grupo de pesquisa tem utilizado muito o diagrama governamental. Sua obra não usa o conceito de governamentalidade [de Foucault] e prefere utilizar o conceito de disciplina e de *gaze* (olhar) médico. Por que não usar a governamentalidade?

D: Porque parei na metade de Foucault. Meu livro preferido é Vigiar e Punir, que é sobre disciplina e de certa forma sobre subjetividade. Eu estava tão interessado nisso e parei. Eu conheço a governamentalidade, mas ela perde o foco para mim e para o meu trabalho. Não é que eu não ache interessante. Há pessoas como meu colega Nick [Nikolas] Rose, ele escreve muito sobre governamentalidade. E suponho que por eu ser um médico como você, fui treinado para olhar o corpo humano e entender o paciente. E são as técnicas pelas quais interrogamos a doença, o corpo, o paciente. São essas técnicas ... Foucault em algum momento, diz que devemos estudar o poder onde ele se torna molecular, onde ele desce até o ponto em que você realmente entende aquele pensamento, você entende aquela célula. E eu estou muito mais interessado nisso do que na governamentalidade, que parece se relacionar muito com toda a sociedade. Estou interessado em saber como as pequenas partes são compostas. É um pouco como quando fazíamos medicina. Você estuda as células para entender como um órgão funciona ou então entende o órgão para entender como o corpo funciona. Então, eu quero começar pelo molecular e construir a partir dele. É isso que sempre fiz. E sempre tenho inveja

de pessoas como Nick Rose, que podem se pronunciar sobre o papel da psiquiatria, da sociedade, das neurociências e coisas assim. Esses são grandes tópicos para mim. Eu não consigo lidar com isso. Quero sempre ficar no ponto muito molecular, é uma grande limitação minha.

H: Quando decidi debater o risco, ligado à prevenção quaternária e coisas desse tipo, senti que era inevitável discutir a governamentalidade e especificamente os dispositivos de segurança que Foucault discutiu muito. E eu acho muito curioso como você usa o risco por meio da vigilância e do diagrama de disciplina.

DA: Sim, eu vejo o risco como uma parte conectada à subjetividade. Quer dizer, não quero ser muito funcionalista sobre isso, mas você poderia dizer como: "você acessa a mente e a vida do paciente além do seu corpo"? Como você entra em tudo isso?" Portanto, se você deseja estudar e compreender a vida das pessoas e tudo a respeito delas, o que você faz é criar essas vidas como riscos. Então, a invenção do risco foi um artifício, se você quiser, para explorar o estilo de vida, explorar o estresse, explorar a depressão, explorar as cognições, explorar tudo porque tudo é um risco. Então designamos tudo como um risco para que possamos explorá-lo. De certa forma, acho que o risco foi inventado nos anos 60. Eu acho que o fator de risco entrou na medicina em 1961. A partir daí, a gente pode analisar os fatores de risco. No início, os fatores de risco são coisas físicas como níveis de colesterol ou pressão arterial. Mas logo em seguida, os fatores de risco se revelam no estilo de vida, nos comportamentos e em tudo mais. Com isso, podemos estudar o comportamento. Como ousamos estudar o comportamento? Claro que devemos, porque é um fator de risco. Então precisamos estudar o comportamento! Portanto, ao analisar pessoas, entrevistar pessoas, explorar pessoas, devemos estudar seu comportamento porque é um fator de risco. Todo o nosso comportamento, eu sentado em uma cadeira agora isso é sedentarismo, isso é um fator de risco. Então você pode começar a me perguntar por que estou sentado. Assim, você tem acesso a todos os aspectos da vida das pessoas, ao conceito de risco. É por isso que estou tendo interesse no risco.

H: E o risco indica algo que ainda não aconteceu. É uma forma de descrever algo que pode ou não pode acontecer, mas nós temos, sim. Para evitar que isso aconteça.

DA: Sim. Todo tipo de coisa pode acontecer no futuro. Outro aspecto a que sempre volto é o tempo na medicina, a dimensão temporal, eu acho isso muito importante. E, novamente, o risco atua em seus aspectos temporais, o pensamento sobre o passado e o futuro. Eu também trabalho com a morte no momento. À medida que envelheço, fico mais interessado na morte (risos). Mas com o covid, as mortes por coronavírus e saber quantas mortes existem por coronavírus. E então estou começando a olhar a certidão de óbito. O atestado de óbito é apenas uma ficção porque se alguém tem obesidade, pressão alta e coronavírus, o que o mata? Por que eles morreram? É por causa da obesidade? É por causa da hipertensão? É por causa do coronavírus? Ah, é o coronavírus! Insistimos porque queremos traçar a epidemia, mas poderíamos igualmente aplicar a epidemia de obesidade mórbida, registrando todas essas mortes como obesidade.

H: É muito interessante você falar isso, que risco e subjetividade estão diretamente ligados. E este é um tipo de visão muito incomum para pesquisadores e médicos. Porque, de alguma forma, o risco é a ferramenta mais objetiva para eles. O risco é um cálculo. E subjetividade é algo que você sente que não pode ser definido de forma calculada. A subjetividade seria o extremo oposto da objetividade e do risco. Porque o risco estaria presente na natureza. Então essa é uma questão muito importante para mim, pois agora estamos entrando no meu objeto de pesquisa. Não sei se você está familiarizado com a prevenção quaternária.

DA: Não, não. Conheço a primária, secundária e terciária. Mas eu não ouvi falar de uma quaternária.

H: É uma ferramenta muito comum e discutida no Brasil pelos médicos de família. Um médico belga, Marc Jamouille, conta que nos anos 80 criou um conceito denominado especificamente de Prevenção Quaternária, que tem como objetivo “responder de forma objetiva à excessiva intervenção e medicalização na prática clínica, tanto nas práticas diagnósticas quanto terapêuticas, buscando detectar indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis”. Como você vê essa prevenção quaternária?

DA: Existem duas formas de medicalização. A medicalização original. Esta foi a extensão do império médico, os médicos controlando os pacientes. Mas, nos últimos 10, 20 anos, tem sido cada vez mais uma medicalização não por médicos, mas por pacientes, são os pacientes que querem medicalizar. Há toda aquela literatura agora sobre sintomas sem explicação médica, síndrome da fadiga crônica, coisas assim, onde os pacientes vão ao médico e o médico diz, “ah, mas não tem nada de errado com você”. E o paciente diz: “Mas eu quero ser medicalizado. Você deve me dar um diagnóstico. Esta é uma condição pós-viral? Está acontecendo alguma coisa aqui?” Portanto, são os pacientes que exigem ser medicalizados. Agora, em parte, se o paciente for muito medicalizado, o médico começa a perder o controle sobre as coisas porque eles simplesmente seguem por esses protocolos clínicos que os levam para longe do controle porque você apenas segue o caminho. Portanto, os médicos agora estão lutando contra isso. E agora há um grande movimento contra o tratamento excessivo, não é? Eu vejo nas revistas científicas sobre tratamento excessivo porque não querem medicalizar o paciente da maneira antiga, que é o médico controlando o paciente. Mas, ao mesmo tempo, são os pacientes que exigem a medicalização. Então eu acho que é a mudança. O que estamos vendo é uma mudança na noção de medicalização.

H: Como podemos lidar com esse tipo de uso excessivo do risco? Como preservar nossa capacidade de invenção e criatividade sobre que tipo de sociedade e sujeitos somos capazes de ser, fora do cálculo probabilístico e da mensuração do risco individual e coletivo?

DA: Não pode haver espaço além do risco. Pode? Não, não há espaço além do risco, tudo é risco. Então você tem que aceitar que vivemos em um mundo que é arriscado. Talvez em 100 anos, o mundo não seja arriscado. Vamos ver de uma maneira diferente. Mas, no momento,

vemos o mundo como composto de muitos riscos diferentes. Deixe-me voltar a um ponto anterior também que você disse que o risco é objetivo e nós temos que relacionar isso de alguma forma com a subjetividade porque eu tento fazer a ligação. Quanto mais riscos objetivos você tiver, mais forte será sua subjetividade. Como isso acontece? Bem, isso acontece em dois níveis. Em primeiro lugar, embora você diga que o risco é quantificável, é calculável, sua transmissão ao paciente é muito difícil. São enormes trabalhos, artigos e estudos de como transmitir esse cálculo ao paciente. Então, eles fazem sentido porque, em última análise, como o PSA, você tem que falar sobre os riscos, sobre os riscos desses tratamentos, sobre a sensibilidade e especificidade do teste. Como você comunica todos esses dados ao paciente para que ele possa fazer uma escolha? Portanto, há uma grande questão para que possamos fazer todos os cálculos de risco, mas não sabemos o que eles significam para o paciente. Portanto, os números não funcionam. E o outro lado é que você viu um artigo que fiz no ano passado sobre *data points*. Posso enviar uma cópia sobre o que eu chamei “a vida social dos *data points*”. Este artigo descreve, desde o início do século 20, como começamos a descrever as coisas com pontos de dados. É um sistema binário em computadores, mas mostrei como, em cartões perfurados, é necessário fazer um furo em um cartão para obter um pouco de dados. Portanto, se um paciente era homem ou mulher, um homem era um buraco cheio, e uma mulher era um buraco vazio. Esse era o formato original. E isso foi usado no final do século XIX. E desde então, começamos a usar *data points* para descrever tudo. Portanto, os fatores de risco estão em pontos de dados, mas também a subjetividade se expressa em pontos de dados, por isso é quantificada. E aqueles velhos profissionais, como você, que é um poeta nostálgico (risos), quer falar sobre linguagem e expressar coisas em descrições, mas não há descrição. Temos pontos de dados. Então, como o paciente se sente? Você dá a eles um questionário de depressão, que na verdade dá a eles *data points*... O que é como onde está o paciente do que está acontecendo no mundo? Você dá a eles um questionário que produz *data points*. Portanto, não acho que a subjetividade seja removida dessa quantificação da maneira como agora somos dominados por *data points*. Tudo é expresso em *data points* e *big data*. Há um pouco de reação a isso com a medicina narrativa e se tornar uma medicina narrativa, psicologia narrativa. Mas essas são coisas marginais. Trata-se de usar a ficção de algo para compreender os pacientes. Isso é louco. Quando você pode dar a eles um questionário e obter os dados na sua frente, os pontos de dados na sua frente para dizer, como eles estão se sentindo e como seus sentimentos se relacionam com esse fator de risco quantificado? Então, em um nível, tudo é quantificado. Em outro nível, nada é quantificado porque tudo deve ser interpretado e ter significado. E no outro lado, tudo é quantificado. Acho que temos subjetividade e risco. Você tem os dois lados deles que estão caminhando em paralelo...

H: Concordo com você que o risco não é algo do qual você possa escapar. Mas acredito que o atual fracasso e insatisfação em relação à saúde em geral se liga a essa busca incansável pela quantificação do risco... Não temos a tarefa de desenvolver novas práticas, novas práticas de cuidado, menos ligadas ao risco calculado, estratificado, calculado pela medicina baseada em evidências? Sei que estou parecendo um tanto nostálgico, de um tempo que não existe mais (risos)...

DA: Sim, mas você é jovem, você é um jovem. Você pode querer mudar o mundo. Está tudo bem. Você quer mudar o mundo. Mas sim, quando você chegar à minha idade... Você perceberá que não há nenhum sentido em termos de insatisfação do paciente. Acho que há insatisfação do paciente com a assistência à saúde, mas tem dois motivos. Uma é que existem os pacientes idosos, especialmente os pacientes idosos, que querem o médico à moda antiga, que querem algo mais físico sobre seu corpos. Eles querem o diagnóstico e querem o tratamento. Eles querem uma visão mais tradicional. E quando o médico fala para eles “como você se sente” ou “como está seu ânimo hoje”? Eles não entendem isso. Eles falam, “mas eu vim com essa dor no braço, doutor, no meu cotovelo, está doendo”. E os médicos dizem, “fale-me sobre você”. “O que isso tem a ver com meu cotovelo, doutor?” Portanto, muitos pacientes mais velhos ainda não chegaram lá, mas os médicos devem persistir até que eventualmente eles percebam que a dor em seus cotovelos e suas vidas estão conectadas à medicina centrada no paciente. O outro grupo de pacientes são aqueles que já estão sendo treinados, se quiserem, para pensar dessa nova maneira, mas em parte por serem treinados, eles próprios estão se tornando médicos. Então, quando falamos sobre medicina e médicos, pensamos em você, eu, mas somos médicos, somos treinados, somos médicos treinados, mas estamos treinando todos os outros pacientes para serem médicos. Os limites da profissão médica estão se dissolvendo. Cada um está se tornando um especialista em sua própria condição, em seus próprios pontos de vista. Sabemos de suas teorias leigas, todos eles têm opiniões sobre o que está acontecendo com eles e assim por diante. E assim eles se tornam seus próprios médicos. E então eu acho que agora estamos diante de uma população que se vê como clínico. E para que eles vêm ao médico? Não é tão claro. O médico é um expert? Ele é mesmo um especialista na minha condição, no meu cotovelo, na minha vida? Não, o médico não é um especialista. Eu sou o especialista em minha vida. E, portanto, por ter uma medicina subjetiva centrada no paciente, eu me torno o praticante. Portanto, o papel do médico mudou. E daí o médico tem que ... quer dizer, isso, de novo, faz parte da medicina centrada no paciente e é por isso porque você reconhece que para falar com o paciente, você tem que abordar essa coisa que eles são os especialistas. Eles são profissionais em seu próprio direitos. Então acho que daqui a 20, 50 anos, olharemos para trás e veremos a profissão médica dissolvida, desaparecida, que seus limites se tornaram confusos. Haverá uma ou duas partes técnicas como um cirurgião ortopédico que coloca uma placa, um braço quebrado. Mas muitas outras medicinas começaram a entrar na população em geral. Então eu acho que é um erro pensar na medicina como algo praticado pela profissão médica.

H: Você disse que o método biopsicossocial de Engel era extremamente ingênuo em seus pensamentos. Mas ele é algo muito difícil de ser contra. Você sabe, é como (ser contra) a eletricidade ou a cura do câncer e a medicina biopsicossocial. É algo que todos têm que ser a favor porque é bio, é psicológico e social. É tudo! Por que você acredita que esse “biopsicossocial” inventando por um psiquiatra teve tanta repercussão mesmo com uma abordagem teórica tão pobre?

DA: Eu escrevi esse artigo, para aquelas conferências organizadas pelas ciências sociais e medicina há muitos anos... Para ter acesso à conferência, você tinha que escrever um artigo. E então esse foi o meu papel, uma contribuição para o evento. Foi um trabalho de congresso e foi

em parte o que chamamos em inglês, uma virada “meio maluca” (*knockabout turn*). Não era um artigo sério. Era só: deixe-me dar uma olhada nesse biopsicossocial que é meio bobo. Você sabe, tudo é biopsicossocial na nova medicina. E o que isto quer dizer? Bem, nada. E eu meio que dei a entender que isso era psiquiatria tentando controlar os pacientes e tinha esse bom ângulo. Eu era crítico de todas essas coisas. E fui crítico principalmente porque é parte da minha natureza... se todos acreditam que algo deve estar errado. Eu começo com essa premissa. Quanto mais pessoas acreditam em coisas que, quanto mais poderoso o poder subjacente a ela é mais forte. Então, se todo mundo acredita em algo, temos que procurar a fonte desse poder. Então por que a medicina biopsicossocial é tão poderosa, tão influente quando está em um nível que é um pouco bobo? Essa foi uma tentativa de miná-lo. Achei que seria uma boa risada para mim. Vou minar isso e ver o que acontece. Na verdade, aquele artigo, que pensei ser apenas um artigo muito menor, foi citado muitas vezes porque é o único que critica a medicina biopsicossocial, porque a medicina biopsicossocial é uma coisa boa. É como uma virtude, é uma coisa boa. Você tem que ter coisas boas em seu mundo e em sua vida. A medicina biopsicossocial é uma delas. Mas porque todo mundo pensa que é uma coisa boa, há um poder por trás disso. Há algo mais acontecendo por trás disso que devemos entender e, de certo modo, é isso que discutimos esta manhã (nesta entrevista).

H: Em artigo importante sobre o método clínico centrado no paciente, afirma-se que o médico deve ser capaz de capacitar o paciente e compartilhar a relação de poder. E isso significa renunciar ao controle que tradicionalmente está nas mãos do profissional. Como você acha que a autonomia se relaciona com a medicina baseada em evidências?

DA: Há duas respostas para sua pergunta. Em primeiro lugar, existem duas ideias de poder. E eu retiro isso de Michel Foucault. Uma ideia de poder é o do rei, do poder soberano onde você controla alguém, você exerce este poder sobre seus filhos, sobre seus alunos. Você exerce algum tipo de poder sobre eles porque tem poder sobre eles. O poder que me interessa e de que Foucault fala é um outro tipo de poder, uma rede que ninguém controla. Ninguém o possui. Você não pode agarrá-lo. Você não pode ter isso em suas mãos como você pode ter o poder soberano. Portanto, se você cortar a cabeça do rei, poderá ser o novo rei, nos termos de Foucault, no antigo sistema. Mas o novo sistema é o poder é muito mais difuso. Portanto, na relação médico-paciente, onde está o poder? O poder está no estetoscópio. O poder está na pergunta: “Como você está se sentindo?” A questão está na resposta do paciente, na interação entre eles. O poder está na própria atuação, no próprio trabalho do médico. O poder está na tela da TV porque você a assiste para ver seu desempenho. Portanto, é um tipo diferente de poder pelo qual estou interessado. Nunca me interessei por esse tipo de poder soberano. O médico tem poder sobre o paciente? Essa não é uma pergunta que eu realmente possa entender. A segunda parte é que fiz um artigo sobre agência. Você viu minha história de agência? Quando eu era jovem e estava tentando definir o que era a profissão médica na sociologia, havia uma visão de que o importante na profissão médica era a autonomia clínica, que os médicos tinham autonomia para fazer o que quisessem. Essa foi a característica definidora de Freidson e alguns dos grandes sociólogos dos anos 60 e 70 definiram a profissão em termos de sua autonomia, sua autonomia

clínica. Mas, curiosamente, assim como os médicos estão sendo definidos em termos de sua autonomia, surge esse conceito de autonomia do paciente que emerge na década de setenta. Não há nenhum registro da sua busca pela autonomia do paciente em nenhum jornal médico, em qualquer jornalista de ciências sociais, em qualquer jornal de ética, não existe autonomia do paciente. Ele vem principalmente para a ética e os fatos médicos em meados dos anos 70. E é aí que reside a autonomia. Então, no exato momento em que os médicos têm, se você quiser, da maneira antiga o poder de sua autonomia, isso é repentinamente removido deles. Portanto, agora é a autonomia do paciente. Mas é claro, como já dissemos, a diferença entre um médico e um paciente está se dissolvendo. Então, quando falamos em autonomia do paciente, você também é um médico autônomo porque também é um paciente. Você se viu naquela tela com o ator. Então você tem autonomia nesse relacionamento. Agora é a autonomia. Sim, falamos agora da autonomia do paciente, mas isso faz parte dessa construção da subjetividade. Desculpe pela confusão, vou parar por aqui.

8.5 Entrevista Marc Jamoulle

Henrique: Para começar a entrevista, você pode descrever resumidamente sua trajetória profissional e acadêmica?

Marc Jamoulle: Sou médico desde 1974. Na Bélgica, você estuda sete anos e depois decide se vai para a especialidade ou vai direto para o trabalho, que foi meu caso. E assim como nos Estados Unidos, como um proprietário da clínica. Então, quando terminei meu tempo de estudante, coloquei meu nome na parede e fiquei esperando pelos pacientes. Tem uma taxa de serviço, mas estritamente regulamentada para todos. A maioria dos médicos segue a chamada convenção da seguradora nacional. O seguro nacional é obrigatório na Bélgica. Então, todo mundo tem um seguro. Até os sem-teto têm seguro. E a Previdência Social reembolsa 75% da quantia que você paga. Esse é o contexto da prática dos generalistas na Bélgica. E a clínica geral na Bélgica é totalmente independente da saúde pública. O clínico geral não sabe nada sobre saúde pública. Às vezes eles já ouviram falar, mas é algo um pouco turístico, sem importância. E quando eu vou quando terminei meu tempo de estudante, eu não sabia nada sobre Saúde Pública. Mas fui atraído pela população de baixa renda. Nos anos 70, fazia parte dos movimentos denominados socialistas ou comunistas. Os jovens da burguesia estavam ansiosos para ir trabalhar nos subúrbios das cidades pobres para cuidar de pessoas de baixa renda. (Uma distância de) 50 quilômetros na Bélgica são como 500 quilômetros na Grã-Bretanha: é um país muito pequeno com uma população minúscula. Então, eu fugi da capital e fui trabalhar a apenas 50 km de Bruxelas. Mas culturalmente, intelectualmente e economicamente estava tão longe, como se fossem 500 quilômetros. E comecei a trabalhar sozinho em meu pequeno consultório. Depois de dois anos, decidi ir ver quem estava morando no planeta. Deixei minha casa, minha família, meu trabalho. E comecei uma jornada. Fui para a América do Sul e estive no Peru em 76 e 77. Eu trabalhava em um local com 4 mil metros de altitude, com um visto de turista. Como não havia médicos, e eu tinha um estetoscópio, pude trabalhar. Eu não precisava de dinheiro. Fui forçado a aprender espanhol, estive na montanha. Foi uma experiência fantástica. E voltei. Comecei uma nova carreira pois abri uma nova clínica com um amigo, o que era proibido. A prática em grupo era proibida na década de 70. Então fizemos um movimento e esse movimento se chama Maison Medical. Nesse momento era errado politicamente, fazer prática em grupo. Eles diziam que éramos esquerdistas... Depois de três anos, fui para a Saúde Pública. Um treinamento rápido em um ano. Mas mudei minha maneira de pensar sobre como lidar com a medicina. Eu ainda estava trabalhando. Ia às aulas da universidade à tarde e de manhã, via meus pacientes. Na Bélgica ninguém te paga. Você é pago pelo paciente. Sem paciente, sem dinheiro. Então, é bastante difícil. Depois disso, estive em Honduras. Fui encarregado de fazer uma avaliação e avaliação dos campos de refugiados em Honduras. E depois disso, estive na Nicarágua e voltei. Então, você sabe, cada vez eu consegui escapar da minha prática porque tenho pouco dinheiro. Em 88, 89, conheci uma mulher que era etnóloga, nós as chamamos de africanistas. Na Bélgica, o currículo é forte para africanistas por causa da colonização do Congo e do Mali. E assim trabalho durante 12 meses no Mali como médico, como médico “campesino” [fala em

espanhol]. Isso foi muito importante. Quando eu estava em Honduras e na Nicarágua... Você não vê a diferença, a diferença mundial, porque todo mundo está misturando alguma formação cristã e não há realmente diferenças reais entre o modo de vida, o modo de vida intelectual na Europa e na América. Mas a diferença com a África foi, para mim, tremenda e a descoberta de outra cultura. E descobrindo outra cultura, descobrindo que sou um ser cultural. E eu não sabia disso antes de ir para a África, que eu era tão diferente, e que cada ser humano é diferente e que as origens culturais são tão diferentes. E foi realmente uma experiência maravilhosa ir àqueles vilarejos. Sabe, em um vilarejo no Mali, nada para ver, nenhuma arquitetura, aquelas casas minúsculas e as pessoas, todos são iguais. E você não entende nada. Mas eu estava com uma etnóloga, então descobri a capacidade dos etnólogos e a formação cultural da África. A influência africana e o conceito de família, eu descobri na África. E depois disso conheci Nadia, minha esposa. Estamos juntos desde 38 anos, e eu já tinha três filhos antes. E assim tenho uma vida longa com muitas mulheres, muitas viagens e muitas descobertas. Todas as coisas me deram alguma modificação em meu sentimento de existência, minha cultura, minha própria forte influência da América do Sul, forte influência da África. Tudo isso influenciou minha maneira de lidar com meus pacientes. Porque eu nunca deixei de ser médico, desde 1974. Talvez tenha parado para fazer alguns estudos, talvez tenha parado para fazer algumas viagens. Depois disso, comecei uma carreira de pesquisador na atenção primária em 1987. E eu fiz muitas viagens para a investigação em cuidados primários também, mas sempre voltando para a minha vida, com meus pacientes. Estou na quarta geração de meus pacientes. Estou com 73 anos agora, 46 anos de carreira como GP, como médico de família com a mesma família no mesmo lugar, na mesma rua, na mesma cidade, e que algumas pessoas me conhecem há tanto tempo que eu faço parte da família. Não sou professor, não sou nada. Na Bélgica, as pessoas são realmente conservadoras. E você pode ver que eu não era conservador e não conseguia fechar a boca. Temos na Bélgica três universidades de língua francesa e nessas universidades temos o Departamento de Clínica Geral. Mas eu era estranho demais para aquelas pessoas, sabe, então elas nunca me convidaram porque eu era muito, muito diferente. E por isso nunca fiz carreira acadêmica na universidade. Todo o meu trabalho era por minha conta. E o trabalho mais importante que fiz foi me tornar parte do Comitê Internacional de Classificação da Wonca. Sou membro deste grupo desde 1987. Depois de meu estudo de saúde pública, fiquei interessado no motivo dos encontros (clínicos). Porque os pacientes estão vindo me ver, nós realmente e ainda é a questão mais importante, porque as pessoas estão entrando em contato com o médico. Qual era o significado do médico na sociedade atual. É muito diferente se você é africano, sul-americano ou belga. Ainda é a razão para controlar e ler a literatura sobre a razão do encontro. Li o trabalho de Henk Lamberts, que foi o inventor da CIAP [Classificação Internacional de Assistência Primária]. De agora em diante, sou membro do Comitê Internacional de Classificação da Wonca. E ainda trabalho como GP. E (por causa da pandemia), eu só faço teleconsultas, porque meus filhos não querem que eu veja pacientes. Estou proibido de ver pacientes. (risos) E eu, eu tenho mais ou menos 60, 70 ligações por semana, o que não é muito divertido. E me correspondo muito com meu paciente pelo Whatsapp. Estou trabalhando em um grupo com um rapaz de cultura árabe. Então, ele fala árabe ... ele vai ver os pacientes ... ele me protege muito bem. Então, você vê uma longa carreira com

muito interesse. Estou muito, muito feliz por estar fazendo tudo isso. Eu tenho meu doutorado em medicina clínica, e desenvolvi uma classificação do uso de conceitos na prática geral.

H: Curiosamente você se apresentou sem falar em prevenção quaternária. Em um artigo recente, você diz que o conceito de prevenção quaternária nasceu na Bélgica em 1986. Como você descreveria o nascimento?

MJ: Ela veio em minha mente. Estava fazendo meu certificado de registros, fazendo uma aula de estatística. E estávamos estudando qui-quadrado. E sempre fui um mau aluno. Para ser bem verdade, achava aquilo chato. Um amigo era o professor, ele se tornou professor de epidemiologia. E eu era estudante e fazia desenhos no papel. E ele estava desenhando, mas ele estava estudando o qui-quadrado do caso. E eu não sei por que, mas no lugar de testar uma situação, eu decidi colocar o paciente e o médico. E falo: "Funciona, né?" Se você considerar a evolução da doença e a evolução do sentimento do paciente. Era evidente neste momento ... foi 86... Ninguém estava vendo que este momento que era tão importante, mas foi na minha cabeça, você sabe, e eu sinto que era interessante. Eu tinha o livro de McWhinney e Moira Stewart sobre o cuidado centrado no paciente. Era um momento de grande importância para cuidado centrado no paciente. A aula foi em 85 e eu publiquei o artigo da prevenção quaternária em 86 em francês. Felizmente, porque senão alguém teria roubado o conceito.

Henrique: No Brasil, os médicos de família costumam falar em prevenção quaternária.

MJ: Isso é responsabilidade do Gustavo Gusso porque em 2008, 25 anos do sistema de saúde, Gustavo me convidou para falar sobre prevenção. E ele pagou a viagem. E foi tão estranho para mim, sabe, porque eu nunca tinha sido professor. Eu não publiquei. Não estou procurando uma carreira na área acadêmica. Eu sou um clínico geral e não um acadêmico. E foi tão estranho para mim estar envolvido, antes de tudo, para falar sobre o conceito. Era natural para mim, mas parecia mais complicado para os outros colegas que lhe dão importância ao conceito de prevenção quaternária. Se você tiver um bom relacionamento, terá prevenção quaternária. O conceito não é tão importante. E há quem tenha escrito artigo científico sobre prevenção, esquecendo a questão central, que é a relação. E talvez eu tenha encontrado esse conceito porque todo o meu cuidado é baseado na relação com o paciente, e toda a minha carreira é baseada na compreensão das relações com o paciente. E por que ele está vindo me ver. E por que me é permitido responder, e isso é uma dialética ... Nos anos 70, usávamos o termo dialética entre paciente e médico. Você tem uma co-construção entre paciente e médico da relação.

H: A ideia da co-construção é muito debatida na saúde pública no Brasil.

MJ: É um valor para um encontro individual, mas também é um valor entre a política e as pessoas. Você pode ver que, agora mesmo, na pandemia, as pessoas estão ansiosas para seguir

os políticos se eles atenderem à ansiedade da população. Então, você pode ter todo tipo de atitude. E é por isso que alguns políticos não respeitam a população, porque procuram atender não à realidade, mas à ansiedade. E é interessante ver os médicos, os epidemiologistas e especialistas de saúde pública que tem vindo a falar na televisão na Bélgica vêem a agitação da população. Todos os belgas estão ansiosos para ouvir os cientistas, as pessoas, os epidemiologistas estavam vindo para dizer "Ok, talvez a gente saiba" e os políticos sempre dizem "sabemos com certeza" E isso quando você está em um relacionamento com um paciente. Ele sabe que você não sabe. Ele sabe que você não sabe, mas gosta de pensar que você sabe melhor do que ele. E você faz uma co-construção do conhecimento. E o paciente irá respeitá-lo se achar que você está dando o melhor de si. Você não precisa ser perfeito. Apenas dar o seu melhor e apenas respeitá-lo, e esse é realmente o ponto mais importante das minhas ações com meus pacientes a cada dia, há 40 anos. E eu sei que alguns pacientes não confiam em mim. Eu sei que alguns pacientes confiam muito em mim. Eu sei que você tem uma escala de confiança muito diferente entre paciente e médico, e você tem que se adaptar à situação. Então você tem que entender o que está acontecendo aqui e qual é a sua realidade. E o que eu devo fazer é dar a essa pessoa em particular a melhor orientação, o melhor planejamento ... Talvez você não vá propor isso, mas você vai propor algo diferente porque você sente que o paciente não vai aceitar. Você precisa entender a relação para poder passar uma informação, transmitir conhecimento, transmitir informação ou transmitir uma forma de fazer. E é por isso que eu vou ir mais longe que a relação é tão importante ... A própria relação é um terceiro na reunião. Você tem o paciente, o médico e as relações entre os dois. O tipo de relação que você tem influenciará. Não sei exatamente, mas em 2008 no Brasil me deu a sensação de que a prevenção quaternária era uma preocupação muito importante. Eu não sabia disso antes, você sabe. Como ser humano, sempre fui inseguro. Fui um mau aluno, um mau médico. Eu nunca sabia quando estava certo. Eu sempre me perguntando, praticando, de forma instintiva. É realmente assustador, mas necessário. Eu sou um praticante instintivo.

H: Para mim, um médico dizendo que ele não sabe é uma grande virtude... A incerteza...

MJ: Oh, sim, a incerteza é uma necessidade. Sempre tive dúvidas sobre mim mesmo, sobre minha carreira, sobre minha posição como médico. Eu disse a mim mesmo: "mas qual é o seu direito de entrar na vida pessoal do paciente? Qual é a sua ética? Qual é a sua autorização para entrar na vida pessoal do paciente". Em 92, eu ia cuidar de viciado em heroínas. E eu era o primeiro na minha cidade a prescrever metadona. E eu estava tão surpreso. Vi jovens como zumbis... Eu fiz um estudo epidemiológico interessante neste momento com flunitrazepam, um medicamento muito incisivo e muito hipnótico. Se você digitar "Jamoulle + Rohypnol" você verá este estudo ... Eu não era o melhor amigo da indústria farmacêutica. Porque matei esse produto. E neste momento comecei a relação com usuários de drogas. E isso tem sido muito importante na minha carreira. A respeito da relação com o paciente, porque quando o paciente tem dependência química, o médico se reserva o direito de se aprofundar cada vez mais na vida pessoal do paciente, em nome da adição a drogas. É tão estranho.

H: Vemos o mesmo com a população em situação de rua. Há uma relação entre situação de rua e o uso abusivo de drogas como o álcool, a cocaína e o crack.

MJ: O uso de drogas e o fato de viverem na rua são um pretexto para o médico entrarem em suas vidas pessoais. Eticamente, tenho uma pergunta com isso: tenho o direito de perguntar a essas pessoas todos os detalhes sobre suas vidas? Só porque ele está tomando cocaína ou heroína, sabe, tudo por que ele é um morador de rua? E eu sinto que a relação com essas pessoas é muito mais difícil e você tem que proteger o paciente do médico nessa relação. Você vê isso quando na sua prática, a assistente social, a psicóloga e o médico falam do viciado em drogas. E eles sabem tudo sobre a vida pessoal e falam sobre seu comportamento sexual.

H: Em relação a P4, como o conceito de “risco” pode ser entendido? Em geral, que referenciais teóricos sustentam essa perspectiva de risco?

MJ: (ri muito) É, você é louco ... O risco depende, sabe, o risco é relativo às pessoas. Cada pessoa tem sua própria avaliação do risco, e se você considerar um risco em um adolescente ou um risco em idosos é realmente diferente. Por exemplo, apenas dizer a um adolescente “você vai morrer se fumar” é estúpido porque um adolescente nunca vai morrer. Quando você tem 20 anos, você não sabe disso, você não pensa sobre a morte. Falar sobre o perigo de algo assim com um adolescente é claramente estúpido porque um adolescente gosta de fazer algum ritual e viver para sempre. Então, eles gostam do risco. O conceito de risco será diferente dependendo da formação psicológica, do tempo de vida e da formação cultural da população. E o risco, como se desenvolve na medicina ocidental, é claramente estúpido para a maioria dos seres humanos. Tenho um monte de colegas que estão se aposentando e parando de trabalhar e eu recebo seus pacientes. "Oh, não, meu médico está morto. E estou procurando um médico ou meu médico está aposentado. Estou procurando um médico." "Ok, eu trabalho. Você pode vir até mim." Dois dias atrás, vi uma mulher de 53 anos sem qualquer problema. Ela estava tomando betabloqueador, estava tomando medicamento para colesterol e estava tomando antidepressivos. Perguntei: “Por quê? Quais foram seus sintomas?” “Nada.” Então, você sabe, a questão do risco ... O médico nesse caso, o médico vendeu o risco para o paciente e o paciente comprou o risco, o conceito. E então em nome do risco, conceito comprado pelo paciente, vai desenvolver o comportamento de tomar os comprimidos todos os dias como se fosse uma proteção.

H: Esta é uma das principais questões da minha tese. A compreensão de risco... Uma das abordagens, por exemplo presente em Robert Castel, afirma que “um risco não surge da presença de um perigo específico e preciso incorporado em um indivíduo ou grupo concreto. É o efeito de uma combinação de fatores abstratos que tornam mais ou menos provável a ocorrência de modos indesejáveis de comportamento”. Então essa é uma perspectiva governamental, que não acredita que o risco existe a priori. Há também uma compreensão realista, uma compreensão técnico-científica, que acredita que os riscos

existem na realidade e podem ser medidos por cálculos probabilísticos. E o que temos que fazer é medir esses riscos. A qual dessas perspectivas você se considera mais próximo?

MJ: Eu diria que o risco é totalmente relativo à percepção e ao comportamento do paciente. Se você está no Peru a quatro mil metros de altitude com uma população que consome coca todos os dias. Claro, é um risco para eles. Mas, sem isso, eles simplesmente não podem funcionar. Eles usam uma pequena quantidade de cocaína na parte da manhã para ser capaz de trabalhar naquela altitude. É uma necessidade. Não é um risco. Mas o sujeito da mesma idade estava trabalhando em uma cidade ocidental e voltando de fábrica, cheira cocaína, está fazendo exatamente a mesma coisa. E ele está se arriscando, certamente. E a percepção do risco pelo paciente é muito, muito diferente. O risco é o melhor produto para vender. É fácil vender risco ao paciente. Se você quiser vender alguma coisa, precisa criar risco em primeiro lugar. Você cria o risco e vende drogas pelo risco. No passado, todos os medicamentos importantes nasceram desta forma, você cria risco e depois que você vender o produto. É realmente uma maneira conveniente de ganhar dinheiro (risos).

H: Quando falo sobre prevenção quaternária, tenho que falar sobre a produção de risco. Ela é uma ferramenta criada na APS que visa responder objetivamente à excessiva intervenção e medicalização na prática clínica. É inegável que calcular “os riscos de risco” na prática clínica ajuda a reduzir a iatrogenia. Mas não deveríamos entender esse tipo de procedimento também como um cálculo médico de risco? Como pensar este paradoxo: uma tentativa de “desmedicalizar” produzindo outro tipo de medicalização?

MJ: Um dos meus pacientes tem a resposta para essa pergunta, vou colocá-la em francês e tentar traduzi-la ... Espere ... (traduz com o Google Translator) "Se eu fizer tudo o que você diz vai demorar mais, mas não vai ser tão bom". E ele morreu de infarto, pouco depois. A questão do risco é realmente em relação à população. Em primeiro lugar, não estou de acordo com o início da frase: que a P4 é uma ferramenta criada da APS para responder de forma objetiva. Não era minha intenção criar uma ferramenta de prevenção. Esse é um efeito posterior, você sabe. *A prevenção quaternária foi criada para dizer ao médico “cuidado com o que você está fazendo com esse paciente.”* E não apenas como médico, mas também como ser humano em seu encontro com um ser humano. E você tem uma grande influência neste ser humano pessoal. E porque você está dizendo que ele tem que fazer isso ou aquilo. E o que sua formação filosófica permitirá que você diga isso ao paciente. Entende? Em segundo lugar, quem tem interesse em estudar gestão em saúde pública utiliza a prevenção quaternária. Por que não? Mas para mim não é essencial. Para mim, a essência é a relação do ser humano e por que, como médico, você tem o direito de perguntar, o que é comportamento sexual, por exemplo, ou sobre uma namorada ou sobre o modo de vida dele. Se eu disser para esse cara, faça isso e não faça aquilo, quais são as consequências? Em suma, a prevenção quaternária é apenas uma questão de ética.

H: Essa é uma frase muito importante. Não é assim que, em geral, se vê a prevenção quaternária no Brasil.

MJ: Esta confusão vem da lacuna e do encontro entre epidemiologistas clínicos que desenvolveram o conceito de sobremedicalização (*overmedicalization*) e o médico de família que desenvolveu o conceito de prevenção quaternária seguindo McWhinney, Stewart e a medicina centrada no paciente... A gente fala do ser humano e o epidemiologista clínico fala do processo e parece igual não é a mesma coisa.

H: Mas esse conhecimento epidemiológico influencia a maneira como nossas práticas clínicas ...

MJ: É evidente, mas eles são o reflexo do que eu sei. A prevenção quaternária é, antes de tudo, um reflexo da relação entre ser humanos. Secundariamente, esta relação está sob influência do processo médico. Se você estudar o processo médico, talvez você tenha um impacto no relacionamento. É muito importante seguir a MBE [Medicina Baseada em Evidências], mas é muito importante aprender com o paciente.

H: Em um texto de 2011 sobre QP para um congresso brasileiro de medicina de família, você afirma que “a ciência vai determinar se a doença está presente ou não; os pacientes farão a distinção entre estar doente e estar bem”. Essa formulação também aparece em um capítulo sobre QP que você assina no livro oficial da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. A que ciência você se refere aqui? Essa ciência tem limites e deve ser criticada?

MJ: Você está falando de bioestatística ou ciências sociais?

H: E as ciências sociais não são muito mais influenciadas pela bioestatística? As ciências sociais não podem acabar se tornando um apêndice das biomédicas?

MJ: Não concordo. Se você vai para a antropologia ... é uma das ciências sociais, vou usar mais a antropologia para discutir este pano de fundo cultural. E há uma diferença entre os seres humanos. A ciência é mais relativa ao conhecimento, o conhecimento de um ser humano para ser um ser humano ... Claro, de um médico. Mas eu vou dizer para o paciente, “OK, eu sinto que você tem um covid”. Esta manhã estive ao telefone com um rapaz muito ansioso, e ele está com coriza há 15 dias e sem febre e algum tipo de incômodo torácico. Queria que eu lhe dissesse talvez ele tenha covid. No melhor de meu conhecimento, mas meu conhecimento é tão minúsculo, tão minúsculo neste caso, e sinto no telefone que a ansiedade estava aumentando. E discutimos sobre a ansiedade. E eu confio nele ao dizer: “Ok, se você for ao hospital com a minha carta, porque eu mando a carta de referência pelo WhatsApp. Então podemos ir para o hospital. Eu ainda estou contigo até você ir ao hospital. Você pode me telefonar para obter mais explicações.” Portanto, existem dois tipos de ciências. Minha capacidade de demanda. E a minha capacidade de dar algum seguro ao paciente, algum sentimento humano de não estar sozinho. E as duas são ciências ... Não é um movimento benevolente. Não é porque eu sou um homem bom. É porque preciso ser um bom médico. Você entende? E o homem que sou ou o médico que sou são duas pessoas diferentes. Tenho que

controlar a imagem profissional que sou. Talvez na minha vida pessoal “Que besteira, esse homem é muito chato”. OK, mas como um médico que você tem que ser profissional e você tem que gerenciar também a maneira de pensar de um rapaz que está confrontado, enfrentando uma situação totalmente nova e deu-lhe a possibilidade de oferecer a situação. Isso é diferente de sua vida pessoal. Você entende?

H: Sim, mas você acredita que os médicos de família estão acreditando mais na medicina baseada em evidências ou nessa verdade das ciências sociais?

MJ: A influência do M.B.E. é enorme. E às vezes muito necessária. Mas a influência da medicina baseada em evidências é acima de tudo importante na ciência que pode ser bioestatística. Quando você considera que o texto da MBE diz no campo psicológico ou psiquiátrico, é besteira...

H: Como lidar com a incerteza que os testes e protocolos que a MBE sempre traz? Como essa incerteza afeta o uso prático e diário do QP?

MJ: O ser humano não é uma máquina. Você pode calcular o risco da máquina, não do ser humano. Você entende. Você conhece as diretrizes finlandesas? Um grupo da Finlândia denominado DUODECIM. Eles têm uma associação forte de médicos generalistas e gostam de trabalhar como cientistas. Desenvolvem importantes movimentos na MBE. Tão importantes que foram obrigados a dividir e fazer uma sociedade comercial que pertence à associação médica deles. Os médicos de família finlandeses estão desenvolvendo diretrizes para todas as situações de prática geral do clínico geral. Assim, as equipes de médicos generalistas na Finlândia se dedicam a seguir e estudar uma equipe outra vez ou uma terceira vez, e não têm mil diretrizes. E a cada ano, atualizam as diretrizes. Eles estão vendendo as diretrizes para o mundo, que são traduzidos em não sei quantos idiomas e também para a Bélgica. E assim, temos o direito de traduzi-lo do inglês para o francês e holandês porque falamos duas línguas na Bélgica. Eu sou o revisor da tradução francesa das diretrizes. Temos muitas informações úteis e muita segurança de que, se você tomar essa decisão, pode ser a melhor. Mas não no campo psiquiátrico. É uma besteira, é uma cópia e colagem do DSM IV.

H: Sobre estar ou não estar doente, como definir esses limites, essas fronteiras?

MJ: Em um de meu texto, digo que não há limites. Que o limite entre você se sentir ou se sentir mal é nebuloso e o limite entre a ausência de doença e a presença é nebuloso. No meu primeiro texto, eu utilizei aquele quadrado, mas normalmente não há linha. Você tem uma linha nebulosa e você nunca sabe onde está e tem várias influências para ir aqui ou ali. E o médico pode influenciar o paciente e sentir que o paciente está se sentindo mal com apenas duas palavras. "Está doente". Você diz duas palavras, você tem o paciente lá ou você esqueceu de fazer o teste e diz "ah, você está doente porque eu sei que você está doente", mas só porque você não se controla. Você tem que se controlar como antropólogo, que é a parte ligada ao paciente, e você tem que se controlar como cientista, que é a parte médica. E as diretrizes de MBE oferecem alguma ajuda. Mas nem sempre... Eu sei que trabalho na incerteza. Então, duas

palavras [“está doente”] e o paciente se sente muito mal. Você se esquece de testar... e diz, “você está doente” porque simplesmente esqueceu algo e então você sempre está sujeito a cometer erros. Eu diria que o risco máximo é o erro do médico. Mas o médico está sempre lidando com alguma incerteza. A diferença entre o especialista e o generalista é que o especialista poderia ter um conhecimento mais profundo solicitando muitos exames. Mas o generalista tem uma posição extraordinária. Se você considerar que o encontro entre o paciente e o médico, é uma experiência. Em sua prática, você repetir a experiência, porque você vai vê-lo de volta ... a continuidade de cuidados está a repetir a experiência. Você repete a experiência e maneja os problemas. A principal ferramenta do generalistas é a longitudinalidade e a continuidade do cuidado. Por exemplo, os nefrologistas são verdadeiros generalistas porque estão vendo o paciente e estão repetindo a experiência todas as vezes. E eles sabem que isso pode mudar, e eles sabem que tem que ter cuidado com o próprio sentimento em relação ao paciente ... Gosto dos nefrologistas porque eles acompanham o paciente muito tempo. *Direi que o tempo é mais importante para mim do que o risco.* Você tem alguns sintomas, uma coriza, por exemplo, e depois dizer, OK, você ficará melhor. Presumo que estará melhor. Mas se você está confiando em mim, você vai me ligar de volta em uma semana dizendo: "Doutor, eu ainda tenho o nariz escorrendo". E você repete a experiência. Mas em 80% dos casos, depois de uma semana, acabou. O tempo é meu amigo (risos).

H: Acho que muitos dos meus colegas ou médicos de família ficariam muito surpresos com esse tipo de conversa que tivemos, porque eles são mais “jamoulistas” do que o senhor ... Tenho alguns amigos que são muito ortodoxos com o seu conceito, são quase do Partido da Prevenção Quaternária no Brasil (risos dos dois).