

Paradigmas médicos e Atenção Primária à Saúde: vigilância da população e/ou produção de vida?*

Ao longo das últimas décadas, tem acontecido, no Brasil, um importante debate sobre alternativas à Medicina Hospitalar no cuidado em saúde. Discussões em torno de proposições como Vigilância/Promoção à Saúde; Ações Programáticas; Defesa da Vida; Clínica Ampliada; Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; Clínica Peripatética; Redução de Danos; entre outras¹⁻³; preencheram este debate, mas, talvez, uma das questões centrais possa ser melhor compreendida por meio da análise da natureza contemporânea e o futuro papeldo médico generalista. A história e lugar da Medicina Hospitalar estão bem estabelecidos no interior do sistema público de saúde brasileiro (SUS), mas como a Atenção Primária à Saúde, com seus diferentes *experts*, discursos, tecnologias e práticas, integram-se ao sistema hospitalar para criar uma 'Rede de Atenção à Saúde'? Existem lições a serem aprendidas dos outros países sobre como manejar esse problema de integração?

Alguns países anglo-saxões com sistemas de saúde universal, como o Reino Unido, enfrentaram esse problema priorizando a construção de um sólido setor primário de atenção à saúde. No entanto, não basta, simplesmente, transferir esses arranjos organizativos dos países desenvolvidos para o Brasil, uma vez que eles têm poucas chances de sucesso num país com histórias e tradições culturais distintas. Além disso, uma série de autores⁴⁻⁷, influenciados pelo pensamento pós-estruturalista, argumentam que essas novas formas de integração na assistência à saúde, observadas em outros países, estão sustentadas por importantes mudanças na natureza do conhecimento médico e da prática clínica. Entender tais mudanças pode mostrar as possibilidades e limites das reformas da atenção à saúde no Brasil.

O ponto de partida de várias dessas análises é a obra "O Nascimento da Clínica"⁸ de Michel Foucault, onde o autor descreve as origens da medicina moderna, que, por mais dois séculos, tem caracterizado a atividade clínica nos hospitais. No final do século XVIII, a Medicina Hospitalar emergiu a partir da ideia central de que a doença podia ser localizada em uma lesão patológica intracorpórea. Antes disso, a doença havia percorrido os corpos, o espaço entre corpos e o meio ambiente; não havia um ponto específico onde a doença 'parava', onde ela poderia ser capturada ou tratada. A ideia da lesão patológica localizada significou, no entanto, a possibilidade de se realizar um exame clínico do corpo do paciente para identificar a lesão (bem como realizar uma necrópsia para confirmar o diagnóstico). E que melhor lugar para conduzir esse exame que no espaço "neutro" do hospital, livre de todas as distrações dos lares "naturais" dos pacientes? Esse arcabouço para entender a natureza da doença/enfermidade^(a) dominou a provisão do cuidado à saúde nos últimos dois séculos, mas isto não significa que esta situação continuará pelos séculos futuros. Como observou Foucault⁸ (p. 3): "esta ordem do corpo sólido e visível é apenas uma das maneiras – que tudo indica não será a primeira, nem a mais fundamental – da medicina espacializar a doença. Houve e haverá outras distribuições da enfermidade".

Perspectivas médicas no século XX: a emergência da Medicina de Vigilância e Comunidade

Durante o século XIX, a Medicina Hospitalar dominou a provisão da atenção à saúde nos países ocidentais, e, durante a maior parte do século XX, esta

* Este editorial é um resultado parcial dos diálogos do autor principal com David Armstrong, durante suas investigações de pós-doutorado junto ao King's College de Londres, sob os auspícios da CAPES/Ciências Sem Fronteira – no King's College de Londres.

^(a) Traduzimos aqui o termo *ilness* como enfermidade buscando nela destacar aspectos sociais, culturais e subjetivos (experiência de se sentir 'doente') vis a vis a ênfase no componente patológico biologicamente definido que usualmente encontramos no termo 'doença'.

dominação se disseminou num fenômeno de dimensão mundial. Para a maioria dos cidadãos do mundo moderno, o termo “atenção à saúde” invoca a imagem do hospital, com suas clínicas e seus leitos. Não é de se estranhar, neste contexto, que as alternativas ao hospital sempre tiveram de lutar por reconhecimento e recursos. Ainda assim, há indicações de que importantes mudanças começaram a ocorrer na medicina clínica a partir de meados do século XX, que tiveram como consequência um novo modo de se pensar a saúde e a enfermidade. Essas mudanças, por sua vez, indicavam que alternativas ao hospital poderiam começar a emergir nos distintos cenários da atenção à saúde.

Um novo tipo de medicina emergiu logo no início do século XX em alguns países ocidentais. Respondendo, inicialmente, ao problema de como gerir as novas doenças “sociais” – como a tuberculose, doenças venéreas e infecções infantis –, a medicina toma como objeto de intervenção a população e, menos, os corpos individuais dos pacientes. Tuberculose ou doenças venéreas, por exemplo, exigiam algum tipo de programa de vigilância comunitária para monitorar sua disseminação. Em consequência, a medicina começa a prestar mais atenção às interações entre pessoas na comunidade:

Esse espaço multifacetado da população engloba a brecha física entre corpos que necessitam de monitoramento constante para protegê-los contra a transmissão de doenças contagiosas. [...] Essa nova Medicina de Vigilância envolve um remapeamento fundamental dos espaços da enfermidade. Isto inclui a problematização da normalidade, a reconfiguração das relações entre sintoma, sinal e enfermidade, e a localização da enfermidade fora do espaço do corpo físico [...] cada enfermidade é apenas um ponto nodal de uma rede contínua de monitoramento do status de saúde de uma população.⁵ (p. 393, 400, 401)

Nessa nova conceitualização, a patologia não era, na sua essência, um fenômeno estático a ser localizado em um ponto específico, mas era vista como algo que percorre todo o corpo social, aparecendo apenas esporadicamente. Uma nova forma de medicina é demandada para inspecionar esta população “normal”. A identificação de “fatores de risco” na segunda metade do século XX consolidou essa análise. Todos possuem fatores de risco; todos estão em risco. Seria alguém, neste contexto, verdadeiramente saudável? Ou todos estariam num estágio precário de pré-enfermidade? A solução foi a de ampliar o papel de vigilância da medicina buscando abarcar as populações “normais” e as pessoas “saudáveis”. Pacientes que pareciam saudáveis talvez poderiam ter doenças incipientes que seriam identificadas por meio do *screening*; populações que pareciam normais poderiam ser ofertadas com ações de promoção à saúde e aconselhadas a terem comportamentos saudáveis; pacientes em atendimento de consultas nos serviços de saúde poderiam ter seus perfis de risco averiguados. Além de se conceber novos formatos de provisão de cuidados à saúde foram ‘inventados’ novos problemas de saúde. As neuroses (ansiedade, depressão, etc.), por exemplo, que potencialmente afetavam a todos, substituíram a insanidade (a aflição de poucos) como principal problema da saúde mental, e as doenças crônicas foram ‘descobertas’ em todos os lugares no século XX. Ambas as “invenções” justificaram o aumento do monitoramento e mais vigilância^{4,5,9}.

O hospital surgiu quando a doença foi localizada na lesão patológica no interior do corpo. O hospital separou aqueles com enfermidades/doenças (que possuíam uma lesão patológica) daqueles que eram saudáveis (sem lesão patológica). O tratamento bem-sucedido se traduzia na alta hospitalar, e o

reencontro com o saudável, no lado de fora de seus muros. A função central do hospital na provisão do cuidado à saúde era então baseada em uma separação binária entre doença e não-doença, hospitalização e não-hospitalização. Outras formas de provisão do cuidado à saúde deram suporte a essa divisão binária, uma vez que o hospital dependia de trabalhadores de saúde da periferia do sistema (como os médicos generalistas) para realizar a identificação preliminar da patologia e os arranjos necessários para a admissão em um leito hospitalar. Assim, era inevitável que as alternativas não hospitalares fossem subservientes ao hospital; e mais do que isto, elas deviam sua existência ao “sistema” hospitalar e às formas patológicas de doenças que o sustentavam¹⁰.

Mas se a ‘enfermidade’ não se encontra mais localizada na lesão patológica, se ela deve ser encontrada nos fatores de risco, na população, nas pessoas saudáveis, então, a principal justificativa da medicina hospitalar – e do sistema de saúde que lhe dá suporte – começa a perder sua ascendência. Esse é o momento que o debate sobre “alternativas” torna-se possível. A Atenção Primária, identificada e nomeada como tal na década de 1960, é um produto dessas mudanças da natureza do conhecimento médico e da prática clínica. O movimento brasileiro da Saúde Coletiva e, nele, os debates sobre as práticas clínicas e de gestão da atenção à saúde após os anos 1980, parecem, para nós, ser, em parte, um produto dessas forças paradigmáticas que começaram a impactar a prática e a organização da medicina há cerca de meio século em países como o Reino Unido. Eles têm, como um pano de fundo em comum, a ênfase nos elementos biográficos que estão presentes junto aos problemas dos pacientes, representando uma ruptura significativa com a velha medicina hospitalar clínico-patológica¹⁰.

Problematizações

Quando Foucault descreveu a emergência da medicina hospitalar no final do século XVIII, ele também argumentou que essa nova forma de prática clínica se espelhou em outras inovações na vigilância dos corpos individuais (como a prisão, a escola e a fábrica)¹¹. Na verdade, ele argumentou que a análise meticulosa dos corpos, realizada em atividades como o exame clínico e a necropsia, produziu, mais do que isto, um mecanismo para a invenção desses corpos. Em outras palavras, a percepção de um corpo anatômico de células, tecidos e órgãos, que parece tão comum nos dias de hoje, tem suas origens em práticas clínicas introduzidas há dois séculos.

De maneira similar, o advento da Medicina de Vigilância e Comunidade tem, também, efeitos para além de seus objetivos práticos imediatos. Enquanto sua lógica manifesta é a da identificação da enfermidade, presente e futura, sua prevenção e aperfeiçoamento, a vigilância constante da população normal e a demanda de que todos devam continuamente proteger-se contra riscos ocultos estabelece uma nova identidade. A proteção contra riscos, a maioria não visualizada e comumente desconhecida, – requer auto-vigilância e este estado de permanente atenção que pode ser descrito como o de reflexividade. Em outras palavras, a prática da Medicina de Vigilância e Comunidade constrói uma identidade tão inquestionável quanto a do exame clínico que, dois séculos atrás, começou a dar materialidade ao corpo anatômico do indivíduo. A promoção de novas formas de prover a atenção à saúde nas suas disputas com a antiga medicina hospitalar é mais do que uma batalha de como a atenção à saúde deve ser suprida. Em última análise, o que está em jogo aqui são os caminhos e possibilidades da existência de indivíduos e coletivos.

Os argumentos acima reforçam a importante ideia de que a medicina não tem uma essência ontológica (ela não existe em si), nem uma epistemológica (não existe apenas um modelo médico). A medicina não tem essência política (os efeitos da ação médica não são, necessariamente, o do exercício da disciplina e controle do social), nem uma patriarcal (a medicina e os médicos não querem, simplesmente, exercer o controle sobre as mulheres e seus corpos)⁷. A medicina, Foucault⁸ nos ensinou, é uma prática social que responde a distintas e complexas relações de poder que operam nos planos micro e macrossociais; os efeitos de seus discursos e práticas são sempre um campo aberto de disputa.

Tal atitude crítica pode ser útil, por exemplo, para o aprimoramento de perspectivas médicas que procuram contribuir para uma política de vida que busque a mudança do *status quo*. Para ter um posição crítica, por exemplo, em relação à abordagem biopsicossocial da enfermidade – que é um aspecto central do projeto hegemônico de ‘Medicina de Família e Comunidade’ no Brasil nos dias de hoje –, que vem sendo ofertada como um “novo modelo” ou uma panaceia para reconstruir o universo da enfermidade, apesar de suas imensas limitações¹². Nós pensamos, também, que, em algumas situações, devemos estarmos mais atentos (e críticos) sobre o uso do conceito e estratégia do “risco”. Este não é um conceito neutro e “científico”, mas um conceito histórico que muitas vezes dissolve os contornos entre os saudáveis e os doentes no campo da saúde, colocando todos em uma teia de observação onde *experts* fabricam normas de classificação e têm grande influência naquilo que se afirma como problemas de saúde nos dias de hoje^{13,14}.

Sérgio Resende Carvalho

Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas (FCM/Unicamp). Campinas, SP, Brasil.
sresende@fcm.unicamp.br

Henrique Sater de Andrade

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.
hsatera@gmail.com

Gustavo Tenório Cunha

Departamento de Saúde Coletiva, FCM/Unicamp. Campinas, SP, Brasil.
gustc@fcm.unicamp.br

David Armstrong

Department of Primary Care & Public Health Sciences. Londres, Reino Unido.
David.armstrong@kcl.ac.uk

Referências

1. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção à saúde: sujeito e da mudança. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Tedesco S, Souza TP. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S, organizadores. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 141-56.
4. Armstrong D. Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the twentieth century. Cambridge Cambridgeshire: Cambridge University Press; 1983.
5. Armstrong D. The rise of Surveillance Medicine. Soc Health Illness. 1995; 17(3):393-404.
6. Fox N. The ethics and politics of caring. In: Willians SJ, Gabe J, Calnan M, editors. Health, Medicine and society: key theories, future agendas. London: Routledge; 2000. p. 332-49.
7. Rose N. Beyond medicalisation. Lancet. 2007; 369(9562):700-2.
8. Foucault M. The birth of the clinic an archaeology of medical perception. Abingdon: Routledge; 2003.
9. Carvalho SR. Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade: conversas com David Armstrong. Interface (Botucatu). 2015; 20(57):497-508.
10. Armstrong D. The emancipation of biographical medicine. Soc Sci Med. 1979; 13(A):1-8.
11. Foucault M. Discipline and punish the birth of the prison. 2nd ed. New York: Vintage Books; 1995.
12. Armstrong D. Theoretical tensions in biopsychosocial Medicine. Soc Sci Med. 1987; 25(11):1213-8.
13. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Cienc Saude Colet. 2004; 9(3):669-78.
14. Petersen A, Lupton D. The New Public Health: health and self in the age of risk. London: Sage; 1996.

