

Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade: conversas com David Armstrong

Clinical Medicine, Public Health and subjectivity: conversations with David Armstrong

Medicina Clínica, Salud Publica y subjetividad: conversaciones con David Armstrong



Sergio Resende Carvalho^(a)

Este texto busca sintetizar, em forma de uma 'entrevista', diversas conversações que tive com o prof. Armstrong durante minha estadia em Londres nos anos de 2014/2015, na condição de pesquisador visitante junto ao King's College de Londres^(b).

Enquanto professor de Saúde Coletiva, após ampla revisão da produção teórica de Armstrong, busquei explorar algumas questões que me parecem de especial interesse para os debates acadêmicos e intervenções junto ao Sistema Único de Saúde no Brasil. Medicina – como uma invenção e um importante mecanismo de saber e prática que fabrica a 'doença', o corpo-sujeito – a função da clínica, rede de atenção e cuidados, risco e Saúde Pública são alguns dos temas sobre os quais aqui buscamos refletir.

Parece-nos que, em suas investigações, Armstrong logra contribuir para avançar um dos objetivos centrais às investigações de Michel Foucault nas quais o filósofo busca 'criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, o ser humano se produz (e é fabricado) como sujeito'. Ao refletir, em seus estudos genealógicos, sobre o papel do discurso na constituição do sujeito, a discontinuidade e rupturas do pensamento e o papel significativo do acaso e da contigência na produção do 'real', parece-nos que Armstrong dá seguimento a uma tradição que tem como objetivo, mais do que entender o presente por meio da análise do passado, perturbar nossas autoevidências do presente. Um tipo de pesquisa que indica, para nós, a instabilidade que é inerente ao nosso presente e nos convida a imaginar e fazer possível 'um outro mundo'¹.

Cientes da complexidade das questões aqui tratadas, procuramos sugerir, ao leitor, textos (vide referências) que o permitam uma apreciação mais profunda dos temas que aqui discutimos.

^(b) Estágio de pós-doutorado financiado e apoiado pela Capes - Ciências Sem Fronteira.

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. sresende@fcm.unicamp.br

David Armstrong

David Armstrong é professor Departamento de Atenção Primária & de Ciências da Saúde Pública do King's College de Londres. Ele é o autor do clássico "Anatomia Política do corpo: o conhecimento médico na Grã-Bretanha no século XX (1983)" e de inúmeros outros artigos, capítulos e livros abordando distintas temáticas do campo da saúde^(c).

Nestes textos, o autor descreve e discute mudanças nos diagramas de poder/ produção de verdade e subjetividade ao longo do século XX, refletindo os efeitos dos mesmos sobre a natureza do corpo/indivíduo, sobre os saberes e práticas (médica, enfermagem, profissionais psi, etc.). Merece atenção, entre outros, a emergência de um novo e importante modelo médico – a Medicina da Vigilância (Surveillance Medicine) – que influencia e questiona outras formulações – medicina hospitalar/patológica e outros – e os sentidos da prática clínica no Reino Unido.

(c) Vide: <https://kcl.academia.edu/DavidArmstrong>

Anatomia política do Corpo

Qual o significado para você da 'Anatomia política do Corpo', título e um dos temas principais de um importante livro² que você publicou em 1983?

Este título teve como inspiração o livro de Foucault 'Vigiar e Punir: o nascimento da prisão'³, na qual ele faz referência a uma nova anatomia política (do corpo) que foi forjada por meio de "uma nova maquinaria de poder que o explorou, dividiu e o rearranjou". Eu presumo que ele adaptou o termo do "Economia Política": ele observa que "os dois processos – a acumulação dos homens e a acumulação de capital – não podem ser separados".

Você pode comentar uma afirmação central, em seu livro², de que o corpo que surgiu no final do século 18 – discreto, objetivo, passivo, analisável – era, como argumentava Foucault, o efeito bem como o objeto da investigação médica?

Sim, meu livro sobre anatomia política era uma nota de rodapé do 'Vigiar e Punir'³. Mas, enquanto Foucault se concentrou no final do século 18, eu queria observar quanto estes "mecanismos de poder" haviam mudado no século vinte, e os efeitos que eles tiveram sobre a natureza do corpo e do indivíduo.

O que você quer dizer com o argumento de que o que o estudante de medicina vê não é o atlas como uma representação do corpo, mas o corpo como uma representação do atlas?

Eu coloquei este argumento no início de meu livro uma vez que eu queria colocar em questão o pressuposto de que o corpo é algo "real" e que o atlas anatômico seria apenas uma descrição desta realidade; mas é somente por meio do atlas que podemos ver o corpo (na forma que ele descreve). Da mesma forma, eu não sou capaz de ver os "meridianos" do acupunturista, mas, se eu tivesse um atlas equivalente, acredito que eles seriam visíveis para mim.

Você concorda que esta noção radical de um corpo e um sujeito fabricados por mecanismos de poder confronto e questiona a sociologia médica tradicional que considera que o corpo humano é um ponto de partida para uma ciência biopsicossocial sobre a saúde e a doença? Você pode comentar esta afirmação discutindo a diferença entre aquilo que você denomina de um programa fraco e um programa forte do construtivismo social na sociologia⁴? Você pode exemplificar isso comparando a perspectiva liberal e marxista com a foucaultiana?

Eu concordo que a sociologia médica assume que o corpo existe como um objeto biológico e que políticas progressistas insistem em utilizar uma abordagem biopsicossocial sobre a doença. Eu tenho trabalhado, no entanto, a partir de uma premissa diferente. De muitas maneiras, o problema fundamental é a biologia (uma ciência que tem, aproximadamente, duzentos anos de idade); como Foucault observa no 'Nascimento da Clínica', a medicina patológica, que é uma visão biológica do corpo humano e da doença, não é nem a primeira nem a última maneira de significar a enfermidade. Ocorreu um debate, na sociologia da ciência, há muitos anos, que fez uma distinção entre um programa fraco e um forte. Este último faz menção ao fato de que se é totalmente agnóstico sobre a possibilidade de que qualquer ciência se reivindique como uma verdade; enquanto o anterior apenas aceitaria que a verdade científica, algumas vezes, pode ser distorcida, mas que, em geral, constitui um bom reflexo da "realidade". Eu aplicaria o mesmo tipo de distinção para o construtivismo social. Há alguns sociólogos que argumentam que algumas doenças, tais como doenças mentais, são socialmente construídas, enquanto outras doenças, 'mais biológicas', tais como câncer ou doença cardíaca, são, de alguma forma, mais reais. Minha posição é a de que todas as doenças são construídas, mas que aquelas doenças, em especial as que se apresentam como "biológicas", que ocultam a sua natureza construída, são, em muitos aspectos, as mais interessantes de se investigar, uma vez que a maneira com que esta ocultação ocorre é intrigante.

O movimento liberal progressista na sociologia médica busca promover uma medicina mais humanista, mantendo-se, porém, sob os constrangimentos do arcabouço biológico. Como indicado acima, eu tenho problemas com essa perspectiva. A análise marxista também assume alguns pressupostos sobre a natureza do homem (afinal, ele pode estar alienado de si mesmo) e, apesar da existência de alguns estudiosos marxistas que têm como foco a ideologia, ainda não me deparei com alguém que assuma o posicionamento de que a biologia seja um parte da superestrutura. Minha leitura de Foucault é que ele iria apoiar a minha posição se estivesse vivo!

Como você analisaria os projetos que buscam expandir o modelo biomédico buscando incluir, como Engel argumenta, o psicossocial para construir o modelo biopsicossocial de saúde e doença⁵?

O modelo biopsicossocial da medicina pode ser analisado em três maneiras. Primeiro, é uma forma mais humana e progressista de lidar com pacientes; segundo, ele representa uma tentativa sutil, por parte da poderosa profissão médica, de estender sua jurisdição no domínio biológico e, indo além, no psicossocial; ou, terceiro, representa outro mecanismo do poder disciplinar por meio do qual pacientes (e médicos) são constituídos em suas identidades biopsicossociais.

À semelhança do que você reflete no texto '*The disappearance of the sick man from medical cosmology*'⁶, muitos de nós, no Brasil, trabalhamos com a ideia de que "o advento do hospital e o papel dominante dos médicos" e a "emergência de uma medicina baseada em lesões patológicas"⁷, constitui um dos fundamentos do processo de alienação e objetivação do paciente. Essa compreensão tem estimulado uma rica produção que busca contribuir para a emancipação e empoderamento dos pacientes.

O que você acha sobre esse projeto teórico e político se pensarmos, como você, a partir de Foucault, que "não haveria nenhuma individualidade, a autonomia ou um corpo independente antes do advento do hospital e de suas técnicas clínicas (e de procedimentos associados encontrados em prisões, escolas, oficinas, e quartéis)"⁴?

Eu não encontro nenhuma evidência deste paciente mítico, liberado, não alienado e não objetivado antes da emergência da medicina patológica no final do século 18. A razão é simples: não existe tal

paciente; na verdade, este paciente foi, na realidade, construído em vez de ter sido reprimido por esta nova abordagem sobre a enfermidade. Mas, é claro, se acreditamos que temos uma identidade humanista o paciente não pode ser “inventado”, quase por definição, então, um passado mítico, em que estávamos livres, é criado. Um argumento similar se aplica ao conceito marxista de alienação, que precisa de uma Idade de Ouro em algum momento do passado, quando o homem não era alienado. Não tenho nenhum problema com um programa que pretenda liberar e capacitar os pacientes, eu apenas procuro questionar suas justificativas teóricas e assinalar, seguindo Foucault, que nunca podemos nos libertar do poder.

Medicina da Vigilância

No resumo do artigo ‘Surveillance Medicine’ de 1995⁸, você afirma que:

Apesar do evidente triunfo de uma teoria e prática médica baseada no hospital, pode ser identificada no século XX a emergência de uma nova medicina, que tem como fundamentos a vigilância das populações normais. Esta nova “Medicina da Vigilância” envolve um remapeamento fundamental dos espaços da enfermidade. Isso inclui a problematização da normalidade, a redefinição da relação entre sintoma, sinal e enfermidade, e a localização da enfermidade fora do espaço corporal do corpo. Argumenta-se que esta nova medicina tem implicações importantes para a constituição da identidade no final do século XX. (p. 393)

Eu gostaria de discutir alguns aspectos de seus resultados de pesquisa. Em primeiro lugar, pode detalhar o que você denomina de remapeamento do espaço e do tempo da enfermidade e as mudanças de significados da normalidade e enfermidade^{2,8-10}?

Como Foucault descreveu no ‘Nascimento da Clínica’¹¹, durante o final do século 18 e o início 19, os médicos começaram a examinar o corpo físico do paciente para que eles pudessem identificar as lesões patológicas dentro desse espaço corporal. Mas, no século vinte, aquele olhar médico passou a buscar examinar espaços exteriores e no entorno do corpo físico do paciente. Isto inclui os espaços psicológicos e sociais que fazem parte do mundo dos pacientes. Eu também observei que esses novos espaços parecem ter uma dimensão temporal, no momento que ocorre uma nova ênfase na linha do tempo da doença (tal como na doença crônica ou no screening da doença). A investigação desses novos espaços da enfermidade significava que já não havia ‘pacientes enfermos’, que tiveram uma lesão patológica, mas pacientes que estavam em constante risco de se enfermarem: o que era normal em relação à enfermidade sofre uma transformação a partir deste momento.

Quais são as implicações da nova ‘Medicina da Vigilância’^{2,8} para a constituição da identidade e do corpo?

Na Medicina da Vigilância, já não é apenas o corpo que é examinado, mas toda a vida (estilo de vida) do paciente, que está constantemente em risco de perigos visíveis e invisíveis. Assim como a vigilância dos corpos no *panopticon* estabeleceu o corpo anatômico do prisioneiro, a vigilância de todos (em uma tentativa de gerir o risco) produz uma identidade reflexiva, na qual a única resposta é uma contínua autovigilância.

Pode comentar para nós sobre a invenção de novos problemas médicos e de novas especializações médicas no modelo de Vigilância da Medicina?

A Medicina da Vigilância produz toda uma série de novos problemas médicos, que têm como característica comum a necessidade de que os mesmos sejam submetidos à vigilância. Os principais exemplos seriam: a maneira com que as neuroses (ansiedade e depressão) substituíram a insanidade como o principal problema de saúde mental, e a invenção da enfermidade crônica durante o século vinte; ambas as “invenções” justificaram, então, uma maior vigilância.

Em sua discussão sobre o dispensário^{2,8} – o antigo ‘Centro de Saúde Comunitário’(?) –, você sustenta que ele é, por um lado, uma extensão da visão panóptica para toda a sociedade; e, por outro lado, tem em relação a este uma diferença fundamental por negar os rituais de separação e exclusão que caracterizam o poder panóptico. Você pode explicar para nós esta ideia e discutir como ela se aplica ao Sistema Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido, hoje?

O Dispensário foi um dos primeiros exemplos que eu pude encontrar de uma prestação de cuidados de saúde que olhava antes para fora do que para dentro. O hospital, como uma estrutura panóptica, tinha admitido, examinado e tratado essas pessoas (pacientes) que tinham uma lesão patológica. Durante o início do século vinte, esta perspectiva panóptica começou a olhar para o exterior, para o que hoje chamaríamos a comunidade. Então, enquanto o hospital tinha separado e excluído os pacientes problemáticos, os novos serviços de saúde que tinham como foco a comunidade não diferenciavam os saudáveis e os enfermos, e ofereciam serviços para todos; na realidade, o poder panóptico se distribuiu para toda a sociedade. Uma manifestação central desta mirada (*gaze*) para o exterior hoje constitui a difusão dos serviços integrais de cuidados de saúde que, em grande parte, tem a ver com o monitoramento do risco e a vigilância de toda a população.

Em seus escritos, você relaciona a ‘invenção’ da neurose com o desenvolvimento da ‘Medicina da Vigilância’ e, também, com a prática dos médicos generalistas^{2,12}. Pode comentar sobre isto e sobre a maneira com que os médicos generalistas têm lidado com a neurose em sua prática clínica?

No século 19, apenas uma pequena proporção de pacientes era diagnosticada como sendo insana e encarcerada em um hospício. No século vinte, com a extensão do olhar médico/panóptico para a comunidade, novas doenças mentais, que afetam a todos de alguma maneira, foram desveladas. Assim, as neuroses de ansiedade e depressão são componentes da mudança do humor de todos, mas é apenas quando elas se tornam ‘clínicas’ – uma linha muito borrada – é que elas se tornam problemas médicos. No entanto, o monitoramento da população para identificar a extensão em que esses aspectos do funcionamento mental “normal” estão se tornando ‘clínica’ é uma parte importante da oferta de cuidados de saúde hoje. Lembro-me, aqui, dos inquéritos em saúde mental da segunda metade do século vinte que, consistentemente, encontraram que a maior parte da população, em um dado momento, teve alguma forma de doença mental.

Nós, no Brasil, temos trabalhado seriamente para construir um sistema de atenção integral e universal à saúde. Você parece ter uma visão crítica de um senso comum que reinvidica que estes objetivos representam uma perspectiva progressista e libertária no momento em que você reflete, em seus escritos, sobre a função disciplinar presente, muitas vezes, em sistemas universais de atenção à saúde.

Eu não acredito que eu tenha sido crítico ao sistema universal e integral de atenção à saúde que, como você assinala, reflete uma perspectiva liberal e progressista. Eu simplesmente quero salientar que há outra maneira de ler a difusão destes serviços que não é devedora, em sua justificativa, de ideias progressistas.

Não tenho simpatia com o argumento – que me parece refletir uma perspectiva jurídico-marxista – sobre o poder que o enxerga como algo negativo, repressivo e controlador. Meu interesse maior, à semelhança de Foucault, é com a força criativa do poder. Então, sim, existe muito controle e monitoramento na sociedade moderna e no sistema de atenção à saúde, mas se estudarmos o poder ‘onde ele se faz capilar, aonde ele se apresenta em seus efeitos imediatos’, eu penso que você descobrirá que as reações dos pacientes a estes sistemas e tecnologias não são passivos. Mais do que isto, é esta resposta ao aparato de vigilância que mais interessa em termos da habilidade de se produzirem novas identidades dos pacientes.

Modelos médicos

A partir de Ackenert você propõe uma classificação dos modelos médicos como: os da 'Biblioteca', 'Medicina ao lado do Leito', 'Hospitalar-Patológica' e acrescenta 'Medicina da Vigilância'^{7,8}. Pode explicar quais são as características essenciais desses distintos modelos e depois comentar para nós sobre como estes modelos fabricam e produzem a identidade dos indivíduos?

Eu encontrei esta classificação dos modelos médicos útil uma vez que o período hospitalar-patológico é aquele ao qual Foucault dedica sua análise no "Nascimento da Clínica" (e sobre o poder panóptico). Se nós concordamos que o período hospitalar reflete uma reconfiguração da natureza do poder – do soberano para o disciplinar – então eu penso que podemos identificar ainda um outro modelo médico na 'Medicina da Vigilância', que exerce capilarmente o poder panóptico sobre a população. E assim como o poder disciplinar do panóptico estabeleceu e inventou os corpos anatômicos (nas escolas, oficinas, prisões e hospitais), como Foucault observou, eu acho que a maquinaria mais pervasiva de vigilância do final do século vinte reconstrói a individualidade e dá-lhe tanto um sentimento de agenciamento quanto de reflexividade.

Tomando como referência sua discussão sobre o tempo e o espaço, sobre o significado da doença e do normal nos modelos de medicina discutidos anteriormente, é possível afirmar que as discussões que Nikolas Rose tem feito recentemente em textos como o 'Politics of life itself'¹³ apontam para a emergência de um novo modelo de medicina?

Eu acho que Rose e eu estamos escrevendo relatos paralelos de fenômenos semelhantes, embora cada um de nós pareça trabalhar com distintos focos de interesse. Eu tenho estado interessado, sobretudo, na temática da "ascensão e queda" do biológico; em contraste, Rose está interessado no papel da biologia hoje e, em particular, da biologia molecular. E enquanto eu prefiro escrever breves relatos de certas formas de emergência dos conceitos por meio do estudo de periódicos científicos e livros didáticos, Rose é muito melhor em visualizar em amplitude a imagem geral desta problemática.

Autonomia dos pacientes

Em muitos de seus textos^{12,14,15}, especialmente no 'Actors, patients and agency', você tem afirmado que, ao longo das últimas décadas, várias estratégias têm sido desenvolvidas para encorajar os pacientes a terem maior autonomia na vida e que o resultado tem sido o de induzir uma espécie de agenciamento em pacientes previamente passivos e uma reconstrução de identidade do paciente. Esta questão é de grande interesse para os vários projetos da Saúde Coletiva e do Sistema Nacional de Saúde (SUS) que buscam repensar as abordagens sobre a clínica e a gestão em saúde objetivando a produção de uma atenção integral, equitativa e de qualidade para todos. Após esses comentários, você pode sintetizar para nós os principais aspectos desse desenvolvimento histórico?

Como descrevi em meu artigo, eu acho que a chave da mudança ocorreu em 1950, quando a ideia de que todo mundo estava suscetível/em risco de perigos invisíveis e desconhecidos tornou-se prevalente. Isto pode ser visto na ideia de que todos estão sob risco de doença, dos perigos invisíveis de poluição de nosso meio ambiente e nas preocupações macarthistas contemporâneas sobre a propagação do comunismo ("a síndrome do vermelho sob a cama"). Eu, particularmente, gosto do filme *Invasion of the body Snatchers*, de 1956, no qual alienígenas sequestram os corpos humanos: por um lado, os perigos estão em toda parte e são invisíveis e, ao mesmo tempo, para aqueles que são capturados, a identidade se transforma.

A literatura crítica social à medicalização geralmente relaciona este fenômeno com a diminuição da autonomia do paciente. Perante o seu argumento de que a medicina, hoje, procura, em muitas ocasiões, reforçar a autonomia do paciente⁴; como devemos refletir sobre essas críticas? Eu acho que as análises recentes sobre a medicalização sublinharam a mudança de médicos ativos para pacientes ativos. Mais do que médicos que querem transformar os problemas da vida cotidiana em doenças, o que se observa são pacientes e grupos de pacientes que desejam medicalizar, por exemplo, a fadiga, a obesidade e uma infinidade de outros problemas.

Como esses desenvolvimentos refletem hoje na relação médico-paciente na prática generalista no Reino Unido? Isto teve algum impacto na prática clínica, no modo com que os profissionais de saúde lidam com a doença e seus sintomas?

Sim, tanto a relação médico-paciente e a prática clínica, hoje, são muito diferentes e refletem estas alterações. Os médicos devem agora respeitar a autonomia do paciente, envolvendo-os nas decisões e dando-lhes a responsabilidade (algumas vezes, caso queiram ou não). Por outro lado, grande parte da prática clínica hoje se dedica a identificar e mitigar os fatores de risco e menos o que tem sido denominado de doenças patológicas.

Você pode refletir sobre essas transformações discutindo como elas vêm afetando a adesão dos pacientes aos tratamentos médicos e a programas de Saúde Pública - como a TBC, prevenção do câncer, etc.¹⁴?

O problema de adesão é relativamente recente. Há mais ou menos cinquenta anos, havia poucas menções a periódicos científicos e livros sobre os ausentes ao tratamento (sobretudo, da clínica de doenças venéreas); por outro lado, nada sobre os pacientes atuarem de acordo com as orientações médicas. Então, por que a adesão/aquiescência surgiu como um problema que a medicina teve de enfrentar cinquenta anos atrás? Este não é um problema da biologia, mas de comportamento, e foi há cinquenta anos que os médicos se tornaram cada vez mais preocupados com a identificação, o estudo, a gestão, a classificação e a mudança do comportamento. A adesão fornece o problema perfeito para este projeto.

De forma semelhante, programas de Saúde Pública têm objetivos nominais – como o da prevenção do câncer –, mas eles estão preocupados com estratégias muito mais importantes. Por exemplo, o rastreio do câncer reconhece e promove uma dimensão temporal para a doença, a grande prevalência de riscos de câncer na população normal, a importância de se promover a adesão ao serviço (quem tem como alvo o comportamento) e, mais recentemente, a escolha informada (que tem como objeto o funcionamento mental/cognitivo, assim como o comportamento). Assim, em resumo, eu acho que é interessante tomar todas essas políticas médicas aparentemente “óbvias” e perguntar por que e quando se tornou possível, para elas, emergirem como “óbvias”, apesar de, algumas décadas atrás, elas não poderem sequer serem imaginadas.

Saúde Pública

Em suas investigações, você descreve as mudanças da configuração das fronteiras entre espaços medicalizados em termos de quatro modelos de espaços públicos de saúde⁹. Pode comentar esses modelos e, em sua resposta, discutir as mudanças nas conceitualizações sobre os riscos à saúde?

Eu pensei que os quatro regimes de Saúde Pública que eu identifiquei – Quarentena, Ciência Sanitária, Higiene Interpessoal e a Nova Saúde Pública – poderiam ser pensados de acordo com seu foco sobre o corpo humano e o grau de permeabilidade da fronteira do corpo. Para cada um destes regimes de Saúde Pública, há um risco associado (embora este termo tenha sido utilizado apenas para os mais recentes): e, em cada caso, são os perigos associados com o cruzamento deste limite. Na Quarentena, por exemplo, o atravessamento desta fronteira poderia potencialmente ser catastrófico e foi totalmente proibido; mas, no momento em que os modelos de Saúde Pública foram sucedendo um ao outro, novas estratégias tiveram de ser concebidas para proteger/monitorar uma fronteira cada vez

mais permeável. Estamos, agora, em uma situação em que o risco não pode ser evitado pela higiene sanitária, mas exige a vigilância contra perigos invisíveis em todos os lugares, o tempo todo.

Como você correlaciona estes distintos conceitos de risco (e os diferentes modelos de Saúde Pública) à produção da identidade individual?

As estratégias que foram dispostas para o gerenciamento dos perigos nos distintos modelos de Saúde Pública estão presentes na natureza da identidade contemporânea, seja como um corpo anatômico sob uma Ciência Sanitária ou como uma identidade reflexiva sob a Nova Saúde Pública.

Quando você sustenta que no final do século vinte o indivíduo tornou-se um risco dele mesmo, quais são as consequências desse desenvolvimento para a prática clínica¹⁵? Você acha que é possível afirmar, como Ogden¹⁶, que a mutação do conceito de risco tem paralelo com os cambiantes conceitos de identidade ao longo do século passado?

Em meu artigo recente sobre a história do agenciamento na medicina (e na sociologia médica) eu assinalei para a importância da ideia de que todos são suscetíveis a riscos invisíveis e desconhecidos. Com essa constatação, todos devem estar constantemente vigilantes. Isto fornece um quadro analítico poderoso. Por um lado, os riscos sob qualquer forma podem ser adicionados às ameaças que todos enfrentamos, sejam eles na dependência a drogas, doenças sexuais, obesidade, poluentes ambientais, etc. Por outro lado, a proliferação destes riscos em toda parte requer que o indivíduo fique cada vez mais e mais vigilante contra as ameaças internas e externas. E eu acredito que este processo leva a uma sensação de agenciamento e reflexividade que caracteriza a identidade/pacientes (Adriana, parece não estar correto identidade/pacientes) no início do século 21.

Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido

O que você pode nos dizer sobre a Atenção Primária à Saúde no Reino Unido, nos dias de hoje? Qual modelo médico tem uma maior influência?

A Atenção Primária à Saúde (um novo termo cunhado na década de 1960 para a antiga prática geral) incorpora, hoje, muitos aspectos das transformações do século vinte que tentei descrever, tais como: um paciente cada vez mais autônomo que expressa o seu esforço e interesse, uma ênfase em estar informados sobre o seu perfil de risco, e um crescente foco na população/comunidade.

O que caracteriza, em sua opinião, a relação dos médicos generalistas (GP) com os pacientes, a família e a comunidade?. Qual é o foco principal no *setting* clínico: o sintoma potencialmente patológico ou, independentemente do significado do sintoma, a pretensão de se encontrar um acesso psicológico à intimidade do paciente para, a partir daí, aquilo que a influencia?

A mudança da natureza da relação médico-paciente é uma faceta importante da prática do médico geral no período contemporâneo, mas eu gostaria também de salientar a importância da realização de um perfil de risco no qual pacientes que buscam atenção têm seus fatores de risco medidos e calibrados (e mesmo aqueles que não se fazem presentes podem ter seus fatores de risco analisados para explicar o não comparecimento dos mesmos na consulta).

No texto 'Surveillance Medicine', sintoma, sinal, investigação e doença se fundem em uma única e infinita cadeia de risco. Igualmente, a enfermidade sob a forma de doença ou lesão, que constituía o ponto de chegada da inferência clínica sob a Medicina Hospital, é também decodificada como um fator de risco à semelhança do que ocorre com toda enfermidade que passa a ser um fator de risco para outra enfermidade. Além de comentar esta afirmação, pode ilustrá-la com um exemplo e refletir sobre as consequências do novo olhar sobre a prática clínica?

Um exemplo: 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. A medicina do último século não teria interesse nesta cadeia de riscos, mas, agora, sim. Mais do que isto, nós sabemos com uma crescente acurácia o nível da probabilidade de cada uma dessas transformações e, apesar de o risco em geral manter-se muito pequeno, é o fato de que todos nós estamos conscientes de que estamos sob risco que é importante tanto para o paciente quanto para a prática clínica.

Você afirma no livro ‘Political Anatomy of the body’¹² que na Medicina da Vigilância ‘as razões para ‘visitar o médico’ e toda a configuração enfermidade, paciente e do médico foi ... reorganizada. E, a partir desta, emergiu... o olhar e uma contemplação fixa (‘the gaze’) sobre a subjetividade do paciente, uma vez que foram as decisões e significados do paciente e seu mundo subjetivo que desencadearam a decisão de consultar, e não os ditames de uma patologia orgânica e localizada, na qual – como Balint argumentaria – o diagnóstico deve ser como fazer uma biografia, e é inseparável do tratamento. A partir destas afirmações, você pode discutir e analisar a influência desses aspectos na proposta da “Classificação Internacional de Atenção Primária”, e sobre sua aplicabilidade nos dias de hoje no Reino Unido e junto aos serviços de atenção primária de outros países?

Qualquer sistema de classificação pode ser analisado buscando revelar os valores e as premissas que o tornaram possível. A Classificação Internacional de Doenças – CID- (que tem suas origens há mais de um século) nos diz que as doenças são coisas que estão, sobretudo, localizadas no interior do corpo (biológico) e que se pode descrevê-las em termos de células, tecidos e órgãos. Foi apenas na segunda metade do último século, porém, que a atenção primária procurou desenvolver uma classificação paralela. No início, ela usou um CID adaptado, mas, gradualmente, vem incorporando aspectos do comportamento e motivações do paciente. Parece-me que essas mudanças podem ser lidas como a colocação de um novo foco sobre aspectos cognitivos e comportamentais que compõem a identidade dos pacientes – que é o mecanismo por meio do qual esses atributos são constituídos.

“Surveillance Medicine” teve, como você tem discutido, uma grande influência junto à prática dos Médicos Generalistas (GP), dos pediatras e gineco-obstetras. Neste contexto, como você explica que, no Reino Unido, o sistema tenha priorizado o GP como uma especialização na Atenção Primária à Saúde e não tenha incorporado especialistas como os pediatras (‘generalistas’) e os gineco-obstetras (‘generalistas’) em seu sistema? Faço esta pergunta porque no Brasil isto segue sendo uma importante discussão no campo da Saúde Pública.

O lugar do GP no Serviço Nacional de Saúde britânico é, realmente, um acidente histórico. Durante o século 19, os especialistas de alto status (médicos e cirurgiões) trabalharam no hospital e restringiram a ‘prática dos generalistas’ aos pacientes que podiam pagar seus altos honorários. Isto fez com que os GPs tivessem que gerenciar as necessidades de cuidado à saúde de todos os demais. Ao final do século 19, uma série de regimes locais de seguros emergiram, nos quais cada membro da comunidade pagava, semanalmente, uma pequena quantia, de tal maneira que o GP podia ser empregado para prover a atenção à saúde sempre que alguém estivesse enfermo; este foi o início do sistema de captação, no qual o GP é remunerado pelo número de pacientes que eles têm registrados, e não pelos serviços individuais. O Serviço Nacional de Saúde, introduzido em 1948, simplesmente ampliou a função dos GPs e do sistema de pagamento por captação para toda a população e restringiu os especialistas ao hospital. A captação, de fato, remunera o GP quando a sua população cadastrada está saudável, e aumenta o trabalho do mesmo (ou da mesma) quando eles não estão (enquanto o pagamento por serviço é um incentivo ao contrário). Posteriormente, o governo tem garantido que os salários dos GP e dos especialistas sejam aproximadamente equivalentes.

Muitos investigadores têm escrito sobre as ligações entre as estratégias sustentadas pelo conceito de risco na Saúde Pública e propostas políticas conservadoras^{1,17,18}. Ogden, em um texto que incorpora a sua concepção de risco¹⁶, alerta-nos, por exemplo, que “nas últimas décadas do século XX, a maquinaria da vigilância, que encontra reflexos na ética individualista e autossuficiente da Nova Direita, tem penetrado com sucesso os espaços do corpo para reconstruir uma identidade intra-activa, que está, cada vez mais, formatada por um eu marcado pelo autocontrole, por um ‘eu do risco’ (risk self)”. Como você analisa estas ideias?

Eu nunca fui convencido de que uma análise da maquinaria da vigilância possa ser ajudada nos termos de movimentos políticos, tais como a Nova Direita. Algo que eu poderia imaginar é que a Nova Direita é uma outra manifestação da vigilância/risco/agenciamento, e não o contrário. E, é claro, enquanto a vigilância produz uma ética individualista e autossuficiente, que a Nova Direita deve aplaudir, a vigilância permanente de todos os dias de hoje – como notícias recentes têm demonstrado – é ironicamente combatida pela Nova Direita.

Para terminar esta conversação, pode comentar sobre a abordagem ‘metodológica’ que você vem utilizando nos trabalhos que discutimos aqui? Por que acha que ela aponta para outra maneira de ler uma realidade ou algum texto discursivo?

No último capítulo do meu livro mais recente – *A New History of Identity*¹⁹ – eu tentei descrever alguns dos princípios metodológicos que tento utilizar em minhas pesquisas. Eu penso que dois são muito importantes.

O primeiro é o significado do texto mais do que o autor. Isto tem sido um tema importante no interior dos estudos pós-modernos nas últimas duas décadas e eu busco fazer com que isto esteja presente em meu trabalho. A visão convencional é de que o autor cria o texto, mas é mais interessante, eu penso, dizer que o texto cria o autor. Se você quer conhecer quem era Freud, nós devemos inferir de seus textos; e no momento em que esta inferência irá mudar ao longo do tempo o mesmo ocorrerá com a identidade de Freud de acordo com a maneira que interpretamos seus textos. Então, eu não tenho me preocupado sobre quem escreveu um determinado texto e, mais do que isto, eu prefiro, eu preferiria que o texto viesse de uma fonte razoavelmente obscura, de tal maneira que ninguém estaria tentado a olhar a identidade do autor, seu *background*, motivações, etc. Uma vez que estou tentando explicar o autor, eu necessito reverter a relação usual entre os autores e o texto. Por isto, frequentemente, eu busco manter o nome do autor fora das coisas que escrevo, mas, é claro, as convenções sobre referência me demandam que eu registre o nome em algum lugar.

O segundo princípio metodológico é o de ordenar os textos de acordo com seu ano de publicação. A maioria das bibliotecas ordena os livros por autor ou assunto, mas nunca por data. Por exemplo, em uma biblioteca da história da medicina, haverá uma seção sobre a medicina do século 19, com livros publicados ao longo dos últimos dois séculos. Isso parece muito estranho, uma vez que a natureza da medicina do século 19 só pode ser conhecida a partir de um determinado ponto de vista no tempo, então, por que justapor um texto ‘primário’ do século 19 com um texto ‘secundário’ do final do século vinte? Minha própria coleção de livros é, então, ordenada por data de publicação. Isso me permite ver semelhanças e diferenças em textos adjacentes. Eu tentei seguir esse preceito na minha escrita, embora, às vezes, se torne difícil.

Referências

1. Petersen AR, Bunton R. Foucault, health and medicine. London: Routledge; 1997.
2. Armstrong D. Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the twentieth century. Cambridge Cambridgeshire: Cambridge University Press; 1983.
3. Foucault M. Discipline and punish the birth of the prison. 2nd ed. New York: Vintage Books; 1995.
4. Armstrong D. Bodies of knowledge/knowledge of bodies. In: Jones C, Porter R. Reassessing Foucault studies in the social history of medicine. London: Colin Jones; 1994. p. 17-28.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129-36.
6. Jewson ND. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Int J Epidemiol*. 2009; 38(3):622-33.
7. Armstrong D. Commentary: Indeterminate sick-men - a commentary on Jewson's 'Disappearance of the sick-man from medical cosmology'. *Int J Epidemiol*. 2009; 38(3):642-5.
8. Armstrong D. The rise of Surveillance Medicine. *Social Health Illness*. 1995; 17(3):393-404.
9. Armstrong D. Screening: mapping medicine's temporal spaces: mapping medicine's temporal spaces. *Social Health Illn*. 2012; 34(2):177-93.
10. Armstrong D. Space and time in British general practice. *Soc Sci Med*. 1985; 20(7):659-66.
11. Foucault M. The birth of the clinic an archaeology of medical perception. Abingdon: Routledge; 2003.
12. Armstrong D. The invention of patient-centred medicine. *Soc Theor Health*. 2011; 9(4):410-8.
13. Rose N. Politics of life itself biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press; 2007.
14. Armstrong D. Actors, patients and agency: a recent history. *Soc Health Illn*. 2014; 36(2):163-74.
15. Armstrong D. Public health spaces and the fabrication of identity. *Sociol*. 1993; 27(3):393-410.
16. Ogden J. Psychosocial theory and the creation of the risky. *Soc Sci Med*. 1995; 3(40):409-15.
17. Lupton D. The imperative of health: public health and the regulated body. London: Sage; 1995.
18. Petersen AR, Lupton D. The new public health: health and self in the age of risk. London: Sage; 1996.
19. Armstrong D, Armstrong DE. A new history of identity: a sociology of medical knowledge. Houndmills: Palgrave Schol; 2002.

Palavras-chave: Clínica Médica. Saúde Pública. Subjetividade. Risco. Poder.

Keywords: Clinical Medicine. Public Health. Subjectivity. Risk. Power.

Palabras clave: Medicina Clínica. Salud Pública. Subjetividad. Riesgo. Poder.

Submetido em 27/10/15. Aprovado em 08/11/15.