

**PREVENÇÃO OU MEDICALIZAÇÃO? OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA ERA DO RASTREIO POPULACIONAL E DA GESTÃO DE RISCO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>

**Data de submissão:** 27/02/2025

**Data de publicação:** 27/03/2025

**Antonio Nacilio Sousa dos Santos**

Doutorando em Ciências Sociais  
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
Horizonte, Ceará – Brasil.  
E-mail: naciliosantos23@gmail.com

**Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres**

Doutora em Enfermagem Psiquiátrica  
Universidade de Brasília (UnB)  
Brasília, Distrito Federal – Brasil.  
E-mail: aclaudiaval@unb.br

**Andréia Ferreira de Souza**

Especialista em Saúde Pública  
Universidade Estácio de Sá (UNESA)  
Parnamirim, Rio Grande do Norte – Brasil.  
E-mail: andreia\_renier@hotmail.com

**Marilda Moraes da Costa**

Doutoranda em Saúde e Meio Ambiente  
Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE)  
Joinville, Santa Catarina – Brasil.  
E-mail: marilda.costa@ielusc.br

**Alan Judson Zaidan de Sousa**

Graduando em Medicina  
Faculdade Pitágoras/Ciências da Saúde  
Codó, Maranhão – Brasil.  
E-mail alanjudson\_zaidan@outlook.com

**Ticiano Magalhães Dantas**

Mestre em Saúde da Família/RENASF  
Universidade Regional do Cariri (URCA)  
Crato, Ceará – Brasil.  
E-mail: ticiano.mdantas@upe.br

**Victoria Gabriele Vieira Machado**

Graduanda em Medicina  
Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM)  
Limoeiro do Norte, Ceará – Brasil.  
E-mail: victoriagm4chado@gmail.com

**Pedro Frota Nasser Lafuente**

Graduado em Medicina  
Universidade de Fortaleza (Unifor)  
Fortaleza, Ceará – Brasil.  
E-mail: zpedrofrota@hotmail.com

**Ludmilla Furtado da Silva**

Doutora em Psicologia Social  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)  
Nova Iguaçu, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: ludmillafurtado@yahoo.com.br

**Gabriella Moura Ferreira**

Mestranda em Administração Pública  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)  
Uberaba, Minas Gerais – Brasil  
E-mail: gabriella.mouraferreira@gmail.com

**Tauane Cano Barreto**

Graduanda em Medicina  
Centro Universitário Ingá (UNINGÁ)  
Doutor Camargo, Paraná – Brasil.  
E-mail: tauanecbarreto@gmail.com

**Fernando Gonzalez Maciel**

Graduando em Medicina  
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)  
Santa cruz do Sul, Rio Grande do Sul – Brasil.  
E-mail: fgzmaciel@gmail.com

**Rafael Soares Cavalcante**

Mestrando em Psicologia  
Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR)  
Parnaíba, Piauí – Brasil.  
E-mail: rafaelcavalcante269@gmail.com

**Álvaro Madeira Neto**

Doutorando em Administração  
Fundação Getúlio Vargas (FGV)  
Juazeiro do Norte, Ceará – Brasil.  
E-mail: alvaromadeiraneto@gmail.com

**Antônio Verdoes Mieznikowski Bettoni**

Graduando em Medicina  
Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)  
Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul – Brasil.  
E-mail: antoniobettoni@hotmail.com

**Juliana Menezes de Vasconcelos**  
Especializando em Saúde Pública  
União Brasileira de Faculdades (UNIBF)  
Brasília, Distrito Federal – Brasil.  
E-mail: julianamenezes\_23@hotmail.com

## **RESUMO**

Nas últimas décadas, o campo da saúde coletiva tem sido atravessado por um intenso debate sobre os limites e possibilidades da prevenção no interior das políticas públicas de saúde. Em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como porta de entrada preferencial e espaço privilegiado de vínculo, escuta e cuidado integral, observa-se uma crescente ênfase na racionalidade técnica da gestão de risco e na adoção sistemática de estratégias de rastreio populacional. Tais práticas, embora legitimadas pelo discurso da promoção da saúde e da eficiência do sistema, vêm sendo criticadas por promoverem uma sutil, porém profunda, medicalização da vida cotidiana, deslocando o foco da clínica ampliada para um modelo centrado na vigilância e na padronização de condutas. Diante desse contexto, indagamos: De que modo à centralidade da gestão de riscos e das estratégias de rastreamento na Atenção Primária à Saúde tem contribuído para a medicalização da vida cotidiana e para o esvaziamento da clínica ampliada nas práticas de cuidado? Para isso, utilizamos como aporte teórico os estudos de Szasz (1974), Illich (1975), Foucault (2001; 2014), Han (2010), Löwy (2010), Starfield (2002), Armstrong (2002), Kidd, Heath & Howe (2013), Rose (2013), Merhy (2007), Diniz (2007), Conrad (2007), Mol (2008), Rose (2008), Ahlzén et. al. (2017), Agamben (2018), Young (1997), Silva & Hortale (2012), Starfield (2002), Mol (2008), Merhy (2007), Rose (2008; 2013), entre outros. A metodologia utilizada é de cunho qualitativa (Minayo, 2007), bibliográfica e descritiva (Gil, 2008) e com o viés analítico comprensivo a partir de Weber (1949). A pesquisa revelou que a centralidade do rastreamento populacional e da gestão de risco na APS tem intensificado a medicalização da vida cotidiana, reduzindo o cuidado à aplicação de protocolos e enfraquecendo a escuta e o vínculo. Evidenciou-se que essa racionalidade tecnocrática desloca a clínica ampliada para um modelo normativo, marcado pela vigilância e pela padronização de condutas. Em contrapartida, apontaram-se caminhos de resistência ancorados na ética do cuidado, na valorização dos saberes do território e na formação crítica dos profissionais.

**Palavras-chave:** Rastreio Populacional. Gestão de Risco. Medicalização. Prevenção. APS.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 ENTRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A VIGILÂNCIA DO RISCO: TENSÕES CONTEMPORÂNEAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – INTRODUZINDO

A Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup> ocupa lugar central no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>, sendo responsável pela articulação de ações que promovem saúde, previnem agravos e garantem cuidado integral, resolutivo e humanizado. Conforme destaca Starfield (2002), “[...] a APS deve ser o ponto inicial, coordenador e regulador do cuidado em saúde, estruturando-se sobre os princípios da acessibilidade, continuidade, integralidade e coordenação” (p. 19). Nessa mesma direção, Mendes (2012) afirma que “[...] a APS é o eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde, articulando os diferentes níveis de atenção e promovendo o cuidado centrado na pessoa” (p. 55).

A atenção primária à saúde aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (Starfield, 2002, p. 28).

Contudo, apesar de seu compromisso com o fortalecimento da promoção da saúde e a autonomia dos sujeitos, observa-se uma crescente incorporação de práticas tecnocráticas centradas no controle populacional e na antecipação de riscos. Como aponta Rose (2008), “[...] o discurso da saúde pública tem se voltado cada vez mais para a identificação precoce de riscos, mesmo antes do surgimento de qualquer sintoma” (p. 22). De maneira semelhante, Illich (1975) já alertava que “[...] a

<sup>1</sup> A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o nível estruturante do sistema de saúde, sendo responsável por coordenar o cuidado, promover a equidade e garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde. Ela se caracteriza por ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado paliativo de forma integral e humanizada. Fundamentada na territorialização, na adscrição de clientela e na responsabilização das equipes, a APS busca construir vínculos duradouros com os usuários, valorizando o contexto social, cultural e familiar dos sujeitos. Segundo Barbara Starfield, a APS deve ser compreendida como “[...] o ponto inicial, coordenador e regulador do cuidado em saúde, estruturando-se sobre os princípios da acessibilidade, continuidade, integralidade e coordenação” (Starfield, 2002, p. 19). Ver: Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

<sup>2</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública fundamental para a garantia do direito à saúde no Brasil, consolidada a partir da Constituição Federal de 1988. Ele se baseia nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, estruturando-se como um sistema descentralizado, com gestão tripartite e financiamento compartilhado entre União, estados e municípios. O SUS busca superar a lógica excludente dos antigos modelos assistenciais, promovendo a democratização do acesso, a participação social e a articulação intersetorial das políticas públicas. Como afirma o Ministério da Saúde, “[...] o SUS constitui um patrimônio do povo brasileiro, sustentado por princípios que expressam uma concepção ampliada de saúde e exigem a construção de uma atenção à saúde resolutiva, contínua, integral, humanizada, com responsabilidade sanitária e participação social” (Brasil, 2012, p. 13). Ver: Brasil. Ministério da Saúde. *Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

medicalização da vida cotidiana transforma a saúde em um estado de vigilância constante, em que o futuro patológico é trazido ao presente” (p. 37).

Ora, se a promoção da saúde visa ampliar capacidades e reduzir vulnerabilidades, como entender a atual ênfase nas práticas de rastreamento populacional massivo e gestão de risco, que muitas vezes atuam como antecipadoras de doenças? Segundo Lowy (2010), “[...] o rastreamento tende a medicalizar corpos saudáveis ao transformá-los em portadores de riscos latentes” (p. 91). E, para Conrad (2007), “[...] a expansão da medicalização é impulsionada não só pela indústria farmacêutica, mas também pelas políticas públicas de saúde centradas em dados epidemiológicos e metas numéricas” (p. 10).

Os excessos do preventivismo, na prática clínica, explicam-se por algumas razões principais: a busca da perfeição impossível, a medicalização da vida, o aparecimento e desenvolvimento do conceito de fator de risco, a crença no risco zero, a imposição de uma saúde obrigatória, os interesses econômicos e os danos inevitáveis produzidos pelas atividades preventivas [...]. Tomando-se o rastreamento de condições de saúde, ações aparentemente benéficas podem determinar problemas iatrogênicos. [...] Um ilustre oncoepidemiologista americano mostrou que, no seu hospital, cada mil rastreamentos de câncer de próstata por meio do PSA geravam receitas financeiras de 4,9 milhões de dólares em intervenções médicas, como biópsias, testes, cirurgias e outras (Mendes, 2018, p. 241).

Portanto, a presente pesquisa se justifica por seu potencial de lançar luz crítica sobre os efeitos dessa lógica na conformação dos serviços de APS, especialmente frente ao avanço das práticas baseadas em indicadores de risco. Conforme Mol (2008): “[...] o cuidado não é uma simples resposta a protocolos, mas uma prática situada, sensível ao contexto, à história e à singularidade dos pacientes” (p. 32). Do mesmo modo, Han (2010) adverte que “[...] a lógica da performance e da eficiência fragmenta o cuidado e transforma o sujeito em um portador de sintomas antecipados” (p. 27).

Como consequência, há o risco de a APS ser deslocada de seu papel histórico de acolhimento, vínculo e responsabilização para operar como uma engrenagem de normatização e controle dos corpos<sup>3</sup>. De acordo com Foucault (2001), “[...] o poder disciplinar se exerce sobre os corpos por meio da vigilância, da normalização e da hierarquização” (p. 184). Complementarmente, Agamben (2018)

<sup>3</sup> Com o avanço da racionalidade tecnocrática e a centralidade conferida à gestão de risco e ao rastreamento populacional, há o risco de a Atenção Primária à Saúde (APS) ser deslocada de seu papel histórico de acolhimento, vínculo e responsabilização para operar como uma engrenagem de normatização e controle dos corpos. Quando reduzida à aplicação de protocolos e à vigilância epidemiológica, a APS corre o perigo de reproduzir práticas disciplinares que priorizam a antecipação de agravos em detrimento do cuidado singularizado. Nessa lógica, o sujeito passa a ser concebido como portador permanente de riscos, sendo constantemente monitorado e classificado, o que esvazia a potência relacional do cuidado e fortalece a clínica como instrumento de regulação social. Como afirma Foucault, “[...] o poder disciplinar se exerce sobre os corpos por meio da vigilância, da normalização e da hierarquização. O corpo é investido por uma tecnologia política que o torna produtivo e submisso” (Foucault, 2014, p. 34). Ver: Foucault, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (40<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Vozes, 2014.

argumenta que “[...] a política contemporânea se define cada vez mais como biopolítica<sup>4</sup>, isto é, como governo da vida nua, desprovida de singularidade” (p. 58).

Estamos assistindo à emergência de novas ideias do que os seres humanos são, do que deveriam fazer e do que eles podem esperar. Novas concepções de ‘cidadania biológica’ assumiram formas que recodificam os deveres, os direitos e as expectativas dos seres humanos em relação à doença deles, e também à própria vida deles, reorganizam as relações entre indivíduos e suas autoridades biomédicas e transformam os caminhos pelos quais os seres humanos se relacionam consigo mesmos como ‘indivíduos somáticos’. Isso está ligado ao surgimento do que denomino ‘ética somática’ – ética não no sentido de princípios morais, mas, antes, como os valores para a conduta de uma vida –, que atribui um lugar central à existência corporal, física (Rose, 2013, p. 19).

Entretanto, a lógica da prevenção, quando pervertida pela racionalidade biomédica e estatística, tende a colonizar o cuidado com algoritmos e checklists que excluem a escuta e a negociação do cuidado. Como expõe Barbara Starfield (2002): “[...] o cuidado centrado na pessoa exige uma escuta atenta às necessidades vividas, não apenas aos diagnósticos presumidos” (p. 133). Para Szasz (1974), “[...] a medicina moderna transforma o sofrimento humano em problema técnico, cuja resposta é o controle” (p. 25).

Logo, o objetivo desta pesquisa é analisar criticamente os desafios que envolvem a prevenção e o risco de medicalização no interior da APS, sobretudo no contexto de políticas de rastreamento populacional e gestão de risco. Como defende Padula & Rodrigues (s/d), “[...] a APS deve superar a lógica flexneriana<sup>5</sup>, centrada na doença, para construir uma prática integrada e humanizada” (p. 2). Além disso, Diniz (2007) reforça que “[...] a medicalização oculta às determinações sociais da saúde ao reduzir o sofrimento à falha orgânica” (p. 4).

<sup>4</sup> A biopolítica na saúde se manifesta de forma particularmente intensa nas estratégias de rastreio populacional e gestão de risco, que deslocam o foco do cuidado para a antecipação estatística de agravos futuros. Nessa lógica, o corpo deixa de ser apenas objeto de intervenção terapêutica e passa a ser alvo constante de vigilância, tornando-se um “corpo em risco” a ser permanentemente monitorado. Trata-se de um regime de poder que administra a vida por meio de categorias populacionais, utilizando saberes biomédicos para classificar, normatizar e intervir preventivamente sobre os sujeitos, muitas vezes ainda assintomáticos. Como aponta Rose, “[...] a governamentalidade biomédica sustenta-se na antecipação de ameaças futuras, mesmo que essas nunca venham a se concretizar, e nossos corpos e cérebros tornam-se locais de administração de risco, tanto por meio de técnicas biomédicas quanto por meio de nossa própria conduta como cidadãos prudentes” (Rose, 2013, p. 20). Ver: Rose, N. *Política da vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013.

<sup>5</sup> A lógica flexneriana, consolidada a partir do Relatório Flexner de 1910, estruturou a formação médica moderna com base em um modelo biomédico centrado na doença, na especialização e na racionalidade tecnicista. Esse paradigma fragmentou o cuidado em disciplinas e procedimentos, priorizando a patologia e a intervenção curativa, em detrimento de uma visão ampliada da saúde e da atenção integral ao sujeito. Ainda hoje, a influência dessa lógica persiste na organização dos serviços de saúde, dificultando a construção de práticas interdisciplinares e humanizadas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Como destacam Padula e Rodrigues, “[...] a superação da lógica flexneriana implica deslocar o foco da doença para o sujeito, do hospital para o território, da especialidade para o cuidado compartilhado e da fragmentação para a integralidade” (Padula & Rodrigues, s/d, p. 2). Ver: Padula, A., & Rodrigues, P. H. A. *Superando a lógica flexneriana: desafios para a consolidação da atenção primária no Brasil*. Texto inédito fornecido no acervo da pesquisa, (s/d).

Não só os protocolos e metas epidemiológicas podem gerar efeitos perversos, como também reforçam desigualdades ao padronizar sujeitos e práticas. De acordo com Fanon (2008), “[...] o olhar médico coloniza os corpos ao desconsiderar suas trajetórias culturais e sociais” (p. 91). E como alerta Foucault (2014): “[...] a clínica moderna se organiza pela visibilidade, pelo controle e pela objetivação do corpo” (p. 91).

Se bem que a vigilância em saúde seja importante para monitorar agravos e proteger populações vulneráveis, ela se torna problemática quando substitui o cuidado singularizado por algoritmos de risco. Segundo Mendes (2011), “[...] o risco clínico deve ser interpretado em diálogo com o contexto de vida, e não como um destino inevitável” (p. 103). E como lembra Mol (2008), “[...] as decisões clínicas devem ser feitas com, e não sobre, os pacientes” (p. 76).

Medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos tornam-se definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios. Alguns analistas sugeriram que o crescimento da jurisdição médica é ‘uma das transformações mais potentes da segunda metade do século vinte no Ocidente’. [...] O conceito passou a ser aplicável a uma ampla gama de problemas humanos que entraram na jurisdição médica. Em sociologia, existem dezenas de estudos de caso sobre medicalização; o corpo correspondente de literatura tem sido chamado, de forma ampla, de ‘tese da medicalização’ (Conrad, 2007, p. 4).

Ainda que o rastreamento possa identificar condições precoces, é preciso questionar até que ponto ele promove saúde ou fabrica doentes potenciais. Para Armstrong (2002), “[...] o rastreamento constrói identidades de risco e cria uma nova categoria de pacientes sem sintomas” (p. 45). Já Rose (2013) destaca que “[...] a governamentalidade biomédica se sustenta na antecipação de ameaças futuras, mesmo que essas nunca venham a se concretizar” (p. 109).

Assim, esta pesquisa pretende problematizar o tensionamento entre promoção da saúde e medicalização na APS, iluminando as implicações éticas, políticas e clínicas desse processo. Conforme Illich (1975), “[...] a iatrogenia cultural<sup>6</sup> instala-se quando a sociedade perde a capacidade de lidar com o sofrimento sem a mediação do saber técnico” (p. 41). E como sintetiza Vilaça Mendes (2012), “[...] a APS deve ser o lugar da escuta, do vínculo e da construção compartilhada do cuidado” (p. 60).

<sup>6</sup> A iatrogenia cultural refere-se aos efeitos negativos provocados pela medicina sobre os modos de vida e de percepção do sofrimento humano, ao substituir os saberes populares e as formas autônomas de cuidado por explicações e intervenções exclusivamente técnicas. Essa forma de iatrogenia não se limita aos danos físicos ou psicológicos causados por procedimentos médicos, mas atua profundamente na dimensão simbólica e cultural da saúde, promovendo a dependência dos indivíduos em relação aos especialistas e deslegitimando suas próprias experiências e narrativas sobre o adoecer. Como alerta Ivan Illich, “[...] a iatrogenia cultural instala-se quando a sociedade perde a capacidade de lidar com o sofrimento sem a mediação do saber técnico. A medicalização da vida transforma o indivíduo em paciente permanente, alienado de sua própria dor e incapaz de enfrentá-la por meio de recursos não institucionais” (Illich, 1975, p. 41). Ver: Illich, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

## **2 CAMINHOS COMPREENSIVOS: A ESCRITA ANALÍTICA COMO MÉTODO DE APROXIMAÇÃO À MEDICALIZAÇÃO NA APS – A METODOLOGIA**

A presente pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa conforme Minayo (2007), orientada pela perspectiva compreensiva de Weber (1949), a qual privilegiou a interpretação dos sentidos atribuídos às práticas discursivas e institucionais no campo da saúde coletiva. Em vez de buscar relações causais ou quantificáveis, a investigação concentrou-se em desvendar os modos pelos quais as estratégias de prevenção e rastreamento foram produzidas, legitimadas e incorporadas à rotina da Atenção Primária à Saúde (APS). Como adverte Minayo: “[...] não se trata de constatar ‘a realidade em si’, mas de buscar as significações que os sujeitos constroem socialmente sobre ela” (2007, p. 24). E, conforme destaca a autora, “[...] a análise qualitativa envolve um processo interpretativo, que parte da leitura dos dados empíricos e teóricos e visa à construção de uma compreensão crítica” (Minayo, 2007, p. 25).

Os dados coletados nessas pesquisas são descritivos, retratando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada. Preocupa-se muito mais com o processo do que com o produto. Na análise dos dados coletados, não há preocupação em comprovar hipóteses previamente estabelecidas, porém estas não eliminam a existência de um quadro teórico que direcione a coleta, a análise e a interpretação dos dados (Lakatos & Marconi, 2010, p. 71).

A natureza da pesquisa foi bibliográfica e descritiva, conforme orientações de Gil (2008), permitindo um mergulho nos debates teóricos que sustentam a crítica à medicalização da vida e às estratégias preventivas centradas no risco. A análise partiu da leitura criteriosa de obras clássicas e contemporâneas das áreas da saúde coletiva, filosofia, sociologia da medicina e ciências humanas. Segundo Gil, “[...] a pesquisa bibliográfica se desenvolve com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (2008, p. 44). E, complementa, “[...] esse tipo de pesquisa é particularmente indicado quando se deseja analisar posturas teóricas e construir interpretações conceituais” (Gil, 2008, p. 45).

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. [...] A pesquisa bibliográfica também é indispensável nos estudos históricos. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados senão com base em dados secundários. [...] Para reduzir esta possibilidade, convém aos pesquisadores assegurarem-se das condições em que os dados foram obtidos, analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, cotejando-se cuidadosamente (Gil, 2008, p. 51).

Como caminho metodológico, a pesquisa se estruturou na leitura e na extração de trechos significativos dos textos selecionados, que permitiram iluminar conceitos e tensões emergentes. Em

seguida, foi realizado um cruzamento entre os autores e correntes teóricas, revelando contrapontos e convergências em torno dos temas da prevenção, medicalização e clínica ampliada. Essa estratégia permitiu não apenas ilustrar posições, mas, sobretudo, construir uma compreensão crítica sobre os efeitos das rationalidades biomédicas na APS. Como afirma Rose (2013):

“[...] as tecnologias incorporam visões controversas do que, na vida humana individual ou coletiva, possa de fato ser um estado excelente. [...] essas rationalidades implicaram crescente ênfase sobre a responsabilidade dos indivíduos na administração dos próprios negócios, na provisão da própria segurança com um prudente olho no futuro” (p. 19).

O referencial teórico articulou autores fundamentais para a crítica à tecnocracia e à normalização no campo da saúde. Foram mobilizadas as contribuições de Michel Foucault (2001; 2014), em especial os conceitos de biopoder, vigilância e tecnologia política do corpo; Ivan Illich (1975), com sua crítica à iatrogenia e à expropriação da autonomia; Thomas Szasz (1974), ao denunciar o uso da psiquiatria como controle social; e Peter Conrad (2007), que problematizou a expansão da medicalização como fenômeno cultural. Como afirmou Conrad: “[...] a medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos tornam-se definidos e tratados como problemas médicos. [...] O conceito passou a ser aplicável a uma ampla gama de problemas humanos que entraram na jurisdição médica” (2007, p. 4).

Além disso, a análise dialogou com os aportes de Barbara Starfield (2002), cujas reflexões sobre os limites das estratégias populacionais embasaram a crítica à padronização da APS; Nikolas Rose (2008; 2013), com a noção de política da vida e a governamentalidade do risco; e Annemarie Mol (2008), ao contrapor a lógica da escolha à ética do cuidado. Destacaram-se ainda as contribuições de Byung-Chul Han (2015), Ilana Löwy (2010), Emerson Merhy (2007), Débora Diniz (2007), Armstrong (2002), Ahlzén et. al. (2017), Agamben (2018), Young (1997), e Silva & Hortale (2012), compondo um mosaico crítico e plural sobre as disputas contemporâneas em torno do cuidado. Como sintetizou Merhy: “[...] o trabalho vivo em ato reorganiza os modos de fazer saúde, ativando a escuta, o vínculo e a construção compartilhada do projeto terapêutico. [...] A clínica ampliada implica reconhecer os sentidos e significados da vida cotidiana nos atos de saúde” (2007, p. 87).

O percurso metodológico compreendeu também a descrição, análise e interpretação dos principais conceitos relacionados à temática: rastreamento populacional, gestão de risco, medicalização e clínica ampliada. Esses elementos foram analisados à luz dos efeitos que produzem sobre os sujeitos e trabalhadores da APS, com atenção especial às implicações éticas e políticas das práticas preventivas. Como destacou Starfield (2002): “[...] a atenção primária deve estar orientada às

necessidades das comunidades, não apenas às demandas biomédicas. [...] nem todos querem se engajar na prevenção quando ela é imposta por uma burocracia visível” (p. 319).

O objetivo metodológico foi investigar de que modo a centralidade da gestão de riscos e das estratégias de rastreamento tem contribuído para o esvaziamento do cuidado singular e a intensificação da medicalização da vida cotidiana. A análise visou lançar luz sobre os efeitos subjetivos, institucionais e epistemológicos desse deslocamento, interrogando os limites e as possibilidades da APS como espaço de produção de vida. Como ressaltou Illich (1975): “[...] o diagnóstico precoce transforma pessoas que se sentem bem em pacientes ansiosos. [...] pessoas que não estão doentes vão submeter-se à instituição médica para o bem de sua saúde futura” (p. 195).

Por fim, a metodologia buscou não apenas descrever, mas propor caminhos para resgatar a dimensão ética do cuidado, valorizando o vínculo, a escuta qualificada, o território e a singularidade dos sujeitos. A investigação partiu da premissa de que resistir à lógica tecnocrática é também afirmar um projeto político de cuidado comprometido com a autonomia e a emancipação. Como argumentou Foucault: “[...] o nascimento da clínica está ligado a uma nova configuração do olhar e da linguagem. O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um olhar normalizador, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir” (2001, p. 121).

### **3 PREVENÇÃO OU MEDICALIZAÇÃO? OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA ERA DO RASTREIO POPULACIONAL E DA GESTÃO DE RISCO**

A trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é marcada por processos históricos de transformação e consolidação no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a partir da Constituição de 1988, que consagrou o direito universal à saúde. Como destaca o Ministério da Saúde: “[...] a instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios” (Brasil, 2018, p. 72). Essa municipalização ampliou o acesso e estimulou a reorganização do modelo assistencial, pois “[...] já não se podia continuar a oferecer uma APS como programa de atenção primária seletiva e exigia-se o fortalecimento desse nível de atenção” (Brasil, 2018, p. 72).

Contudo, a ampliação da APS no Brasil não foi apenas administrativa, mas conceitual e política, marcada pela incorporação de atributos como a integralidade, o vínculo e o trabalho em equipe. Conforme Starfield (2002): “[...] a atenção primária está orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados para estas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho” (p. 315). Ademais, ela enfatiza que “[...] como a atenção primária lida com um conjunto maior de preocupações quanto à saúde e o faz dentro de um

contexto social mais amplo, deve possuir um amplo conjunto de tipos de recursos à sua disposição” (2002, p. 316). Para Mendes (2018: 59):

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. [...] A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palião, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. [...] A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários.

E, nesse percurso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como um marco decisivo na reconfiguração da APS, ao propor o cuidado territorializado e centrado em equipes multiprofissionais. Segundo o Ministério da Saúde (2006), “[...] a EqSF<sup>7</sup> é multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde” (p. 521). Essa equipe deve “[...] elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais [...] e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade” (Brasil, 2006, p. 520).

Assim, a territorialização e a adscrição familiar transformam o modo de organização da atenção e reforçam a responsabilização das equipes. De acordo com Mendes (2012), “[...] o cadastro familiar objetiva conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF [...], uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde” (p. 754). E, como complemento, “[...] o processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental, demográfico, socioeconômico e institucional”, o que permite planejar ações contextualizadas (Mendes, 2012, p. 754).

<sup>7</sup> A Equipe de Saúde da Família (EqSF) é a unidade operacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por uma equipe multiprofissional responsável por uma população definida em um território determinado. Sua composição mínima inclui um médico generalista ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A EqSF tem como função principal realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com foco na integralidade do cuidado, no vínculo com os usuários e na corresponsabilização pelos resultados sanitários da comunidade adscrita. Conforme estabelece o Ministério da Saúde, “[...] a EqSF é multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe deve elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais [...] e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade” (Brasil, 2006, p. 520). Ver: Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

O processo de territorialização tem por base a construção de territórios-processos que são definidos por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes no território. São territórios de vida que se reconstruem todo o tempo, em suas diversas dimensões. [...] O foco da territorialização na ESF está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais: o território área de abrangência, que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF, e o território microárea, que é o território de responsabilidade de um ACS. [...] A função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas (Mendes, 2018, p. 753).

Portanto, a concepção ampliada de cuidado implica reconhecer que a saúde é produzida nas relações sociais e que os determinantes sociais precisam ser enfrentados coletivamente. Segundo a Comissão Nacional sobre DSS<sup>8</sup>, “[...] enfrentar as causas das causas [...] envolve intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais” (Brasil, 2012, p. 136). E, como afirma o próprio Ministério da Saúde, “[...] desenvolver uma atenção integral impacta na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (Brasil, 2012, p. 13).

Como se vê, o cuidado integral exige o rompimento com a fragmentação técnica e a construção de vínculos contínuos entre profissionais e usuários. Starfield (2002) observa que “[...] a continuidade da relação ao longo do tempo permite uma relação humanizada e atenção mais integral” (p. 503). E acrescenta: “[...] o vínculo se estabelece na relação equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário nos profissionais e na responsabilização da equipe pelo cuidado” (2002, p. 504).

Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia das pessoas e podem ou não ser extremamente terapêuticos. Só não podem ser ignorados; [...] Conhecer as atividades de lazer (do presente e do passado) é muito importante. A simples presença ou ausência de atividades prazerosas é bastante indicativa da situação do usuário; por outro lado, conhecer os fatores que mais desencadeiam transtornos no usuário também pode ser decisivo num projeto terapêutico. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do sujeito (Ministério da Saúde, 2007, p. 53).

---

<sup>8</sup> A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) foi instituída com o objetivo de aprofundar o debate sobre as causas estruturais das iniquidades em saúde no Brasil, reconhecendo que o processo de adoecimento está diretamente relacionado às condições sociais, econômicas, ambientais e culturais em que os indivíduos vivem. A Comissão teve como missão subsidiar políticas públicas intersetoriais que enfrentem as “causas das causas” das doenças, promovendo justiça social e equidade em saúde. Segundo o relatório final, “[...] enfrentar as causas das causas envolve intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais que reduzem as vulnerabilidades da população” (Brasil, 2008, p. 136). Assim, a Comissão contribuiu para consolidar uma concepção ampliada de saúde no âmbito do SUS, fortalecendo a perspectiva da promoção da saúde e da equidade como pilares fundamentais da Atenção Primária. Ver: Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Mas também é imprescindível considerar que o cuidado não pode ser reduzido a intervenções clínicas pontuais, pois demanda escuta, acolhimento e corresponsabilidade. Segundo Giovanella et. al. (2012), “[...] a atenção básica deve ser o centro ordenador da rede de atenção à saúde [...], devendo possuir papel-chave na ordenação da RAS<sup>9</sup>” (p. 528). Para tanto, “[...] é necessário acolher, escutar, oferecer proteção e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário” (Brasil, 2012, p. 504).

Ainda que a presença de múltiplos profissionais componha a equipe, o desafio está em construir uma prática verdadeiramente integrada e colaborativa. Para Mendes (2012), “[...] o trabalho multiprofissional distribui as tarefas segundo os fundamentos da atenção à saúde baseada na população” (p. 846). E completa: “[...] os membros das equipes de saúde assumem funções e responsabilidades compatíveis com suas capacidades profissionais e seus pontos fortes” (2012, p. 308).

Logo, a equipe multiprofissional deve operar com horizontalidade e diálogo, superando a lógica hierárquica e incorporando diferentes saberes. Mendes (2012) destaca que “[...] há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação” (p. 308). Além disso, “[...] o trabalho multiprofissional é importante porque há um valor agregado de mais olhos e mais ouvidos, dos insights de diferentes corpos de conhecimentos e de um espectro mais amplo de habilidades” (Mendes, 2012, p. 308).

O trabalho multiprofissional deve ser realizado por equipes. Os membros das equipes de saúde assumem funções e responsabilidades para exercerem tarefas compatíveis com suas capacidades profissionais e seus pontos fortes. A relação hierárquica no modo de trabalho convencional, com forte domínio médico, é substituída por relações horizontais, já que cada membro da equipe é valorizado por sua condição de prestador de serviços significativos e imprescindíveis para a melhoria da saúde dos portadores de condições crônicas. Numa verdadeira equipe há uma clara compreensão de todos que, ainda que as funções sejam diferenciadas, não haverá agregação de valor para as pessoas usuárias da ESF se todos não participarem de forma integrada e cooperativa (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 308).

<sup>9</sup> As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram concebidas como uma estratégia organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de superar a fragmentação dos serviços e garantir a integralidade do cuidado por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção. As RAS são compostas por um conjunto de ações e serviços de saúde, organizados de forma regionalizada e hierarquizada, que operam de maneira cooperativa e contínua para atender às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado, sendo responsável por garantir o acesso e a longitudinalidade da atenção. Conforme estabelece o Ministério da Saúde, “[...] as RAS constituem-se em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, logísticos e de governança, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 11). Ver: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

Não só a organização do trabalho deve ser transformada, mas também a forma como se comprehende o processo saúde-doença e a atuação em saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), “[...] a atuação intersetorial é uma atribuição das equipes de Saúde da Família, que devem promover parcerias com organizações da comunidade para o enfrentamento conjunto dos fatores de risco” (p. 521). E, como reforça o mesmo documento, “[...] a intersetorialidade é condição para que a atenção primária contemple não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e sociais” (Brasil, 2012, p. 521).

Desse modo, a perspectiva da Saúde Coletiva reforça que a APS não deve apenas responder à demanda espontânea, mas promover autonomia e protagonismo. Conforme o Ministério da Saúde (2012): “[...] melhor conhecer os problemas locais e globais [...] fortalece a organização e a participação em ações coletivas, para se constituírem em atores sociais ativos” (p. 135). E, como conclui o relatório da OMS (2008): “[...] a promoção da equidade em saúde exige enfrentar as iniquidades sociais mediante políticas estruturais e participação social ativa” (Brasil, 2012, p. 136).

Dito isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem enfrentado, nas últimas décadas, uma transformação silenciosa, impulsionada pela progressiva centralidade da noção de risco nas políticas públicas de saúde. A lógica de estratificação populacional, anteriormente voltada à identificação de vulnerabilidades sociais, foi sendo substituída por modelos de classificação clínica e epidemiológica que organizam os serviços com base em categorias de risco. Conforme afirma a Organização Pan-Americana da Saúde (2012), “[...] a estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de atenção à saúde [...], classificar cada família por risco sociossanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos” (p. 254). Assim, “[...] sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa” (OPAS, 2012, p. 254).

Contudo, a ascensão do discurso do risco na APS não se limita a uma reorganização técnica. Ela envolve uma mudança profunda na racionalidade do cuidado, deslocando o foco da escuta e da integralidade para a antecipação de possíveis agravos. Illich (1975) já advertia que “[...] a medicina moderna inicialmente controlou o tamanho de seu mercado e agora ele não tem mais limites. Pessoas que não estão doentes vão submeter-se à instituição médica para o bem de sua saúde futura” (p. 193). E acrescenta: “[...] o diagnóstico precoce transforma pessoas que se sentem bem em pacientes ansiosos. Para começar, alguns desses exames não são isentos de riscos” (1975, p. 195).

Em nenhuma parte [as transformações nas tecnologias de governo] foram mais eloquentes do que no campo da saúde, onde os pacientes são cada vez mais estimulados a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis de serviços médicos e de produtos que vão de drogas medicinais a tecnologias de reprodução e testes genéticos. [...] Atualmente, no nível molecular é que a vida humana é compreendida, [...] e é nesse nível que a vida agora pode ser manipulada. [...] Visto que os seres humanos chegam a experimentar a si mesmos de novas maneiras como criaturas biológicas, como si-mesmos biológicos, sua existência vital torna-se foco de governo, alvo de novas formas de autoridade e de expertise (Rose, 2013, p. 17).

Portanto, a prática do rastreamento populacional em larga escala, ancorada na lógica da detecção precoce, ganhou impulso como estratégia supostamente racional e eficiente de organização dos serviços. No entanto, ela tende a padronizar condutas e transformar sujeitos em portadores de riscos estatísticos, ainda que estejam assintomáticos. Como alerta o Ministério da Saúde (2012), “[...] o objetivo da operação é oferecer a incontáveis milhões uma detecção de suas necessidades terapêuticas ocultas [...]. A ausência de estudos sérios no início dessa operação permitiu que os mercados de prevenção fizessem nascer expectativas não fundadas” (p. 147). Para Illich (1975), “[...] a verdade é que o diagnóstico precoce transforma pessoas que se sentem bem em pacientes ansiosos” (p. 195). Adverte Löwy (2010, p. 144):

Programas de rastreamento geram uma categoria intermediária de pessoas: os portadores saudáveis de um risco. As pessoas deixam de ser simplesmente saudáveis ou doentes, podendo agora estar em risco, pré-doentes ou diagnosticadas com uma condição pré-cancerígena. Essa noção de risco expande a jurisdição médica para indivíduos que talvez nunca desenvolvam uma doença. [...] As fronteiras entre saúde e doença tornam-se turvas, e indivíduos saudáveis podem ser rotulados e tratados como se já fossem pacientes. A medicalização do risco cria uma população de saudáveis preocupados – indivíduos sem sintomas que se submetem a testes repetidos e vivem com a ansiedade de possivelmente desenvolver uma condição que talvez nunca ocorra<sup>10</sup>.

Logo, práticas como exames periódicos, check-ups de rotina e protocolos rígidos de rastreamento são alçadas à condição de mecanismos de controle da saúde, sem que seus benefícios estejam suficientemente comprovados. Como enfatiza o relatório da OPAS (2012), “[...] há quem afirme que eles agregam poucos benefícios para a saúde das pessoas e levam a intervenções diagnósticas e terapêuticas desnecessárias que têm alto impacto nos custos da atenção à saúde” (p. 241). Ademais, “[...] foi proposto o conceito de prevenção quaternária [...], para proteger as pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento, à medicalização dos fatores de risco e à medicina defensiva” (OPAS, 2012, p. 241).

<sup>10</sup> Tradução nossa.

Em função dos excessos cometidos no campo da medicina, foi proposto o conceito de prevenção quaternária, adotado pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), que significa as ações tomadas para identificar pessoas e populações em risco de medicalização excessiva, para protegê-las de intervenções médicas invasivas e para prover a elas serviços que sejam científica e medicamente aceitáveis. A prevenção quaternária destina-se a proteger as pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames complementares em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e adoecimentos autolimitados, às solicitações de exames e tratamentos pedidos pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 241).

Ora, a análise da citação acima nos revela que a cultura do risco no interior da APS exige reconhecer que a racionalidade biomédica contemporânea se estruturou sobre um deslocamento: do tratamento da doença para a antecipação da possibilidade de adoecimento. Como aponta Rose (2013): “[...] nossos corpos e cérebros estão se tornando locais de administração de risco, tanto por meio de técnicas biomédicas quanto por meio de nossa própria conduta como cidadãos prudentes” (p. 20). Isso implica um novo regime de subjetivação, em que “[...] os cidadãos são governados através da responsabilidade pelo risco biológico de seus próprios corpos” (Rose, 2013, p. 21).

Mas, ao mesmo tempo, esse regime reforça desigualdades ao projetar sobre os indivíduos uma responsabilidade desproporcional pela saúde, desconsiderando os determinantes sociais e contextuais do adoecimento. Young (1997) já alertava que “[...] as categorias diagnósticas são frequentemente moldadas menos pela experiência real dos pacientes do que por convenções culturais e estruturas institucionais” (p. 110). E complementa: “[...] a própria ideia de trauma pode ser transformada em uma técnica de governo, como uma ferramenta para classificar e controlar populações” (Young, 1997, p. 145).

Portanto, a APS deve resistir à tentação de adotar modelos simplificados de estratificação e vigilância que reduzem a clínica à técnica. Segundo Kidd, Heath e Howe (2013), “[...] a medicina de família é mais do que uma compilação de evidências – é um compromisso ético com a pessoa em seu contexto social e emocional” (p. 55). Além disso, “[...] as necessidades não atendidas de um paciente muitas vezes não são visíveis nos dados clínicos, mas emergem do diálogo prolongado e do conhecimento da trajetória de vida” (Kidd et. al., 2013, p. 78).

A medicina de família não nasceu de descobertas laboratoriais, mas sim de necessidades humanas. Surgiu como uma resposta às limitações de um modelo centrado na doença e na especialização, incapaz de lidar com a complexidade do cuidado cotidiano. [...] A medicina de família promove o encontro entre o saber técnico e o mundo vivido do paciente, respeitando suas experiências, seus medos e suas escolhas. [...] O médico de família deve ser, antes de tudo, um cuidador do percurso de vida e não apenas um solucionador de problemas pontuais (Kidd, Heath & Howe, 2013, p. 97).

Ainda que a detecção precoce se justifique em alguns contextos, sua generalização pode esvaziar o cuidado de sentido e converter o corpo em objeto de rastreamento permanente. Lowy (2010) demonstra que “[...] a prevenção passou a incluir práticas invasivas, como a cirurgia preventiva de retirada de órgãos sadios baseadas apenas em riscos estatísticos” (p. 162). E acrescenta: “[...] o corpo feminino foi um dos principais alvos dessa nova lógica, onde o risco de adoecer legitima intervenções radicais mesmo em ausência de sintomas” (Lowy, 2010, p. 164).

Logo, a crítica à cultura do risco não se volta contra a ciência, mas contra o uso acrítico de evidências padronizadas que obscurecem as singularidades dos sujeitos. Conforme destaca Barbara Starfield, “[...] a variabilidade clínica é uma realidade, e tentar eliminá-la com protocolos rígidos pode reduzir a efetividade do cuidado” (2002, p. 331). E complementa: “[...] a integralidade requer flexibilidade, escuta ativa e decisão compartilhada, não a aplicação automática de diretrizes” (2002, p. 332).

O uso de diretrizes clínicas padronizadas tende a transformar a prática médica em uma aplicação automática de protocolos, obscurecendo as particularidades do paciente. [...] A prevenção deixa de ser um processo contextualizado e se torna um conjunto de instruções para todos, ignorando variáveis sociais e subjetivas. [...] Além disso, o foco excessivo em evidências estatísticas pode marginalizar experiências individuais e tornar invisíveis fatores que não se encaixam nos modelos normativos. [...] Essa abordagem tende a reforçar a autoridade médica em detrimento da escuta do paciente, convertendo o cuidado em execução técnica (Lowy, 2010, p. 173).

Além disso, o crescimento da medicina preventiva não acompanhou, em muitos casos, uma avaliação crítica de suas consequências sobre a vida cotidiana das pessoas. Szasz (1974) já havia advertido, para efeitos de exemplo, que “[...] a psiquiatria institucionalizada transforma conflitos existenciais em doenças mentais, perpetuando a dependência e apagando a responsabilidade ética” (p. 58). E acrescenta: “[...] a doença mental é, muitas vezes, um rótulo social e não um diagnóstico baseado em critérios objetivos” (Szasz, 1974, p. 60).

Por conseguinte, a lógica do rastreamento massivo compromete a equidade do cuidado ao favorecer o investimento em exames sofisticados para populações de baixo risco, enquanto negligencia ações estruturais voltadas para populações vulneráveis. Segundo o Ministério da Saúde (2012), “[...] o cuidado integral supõe o enfrentamento das iniquidades, não apenas a padronização das condutas clínicas” (p. 25). E conforme o Caderno de Atenção Básica<sup>11</sup>, “[...] o trabalho em

<sup>11</sup> Os Cadernos de Atenção Básica são publicações elaboradas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de orientar as práticas das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), oferecendo subsídios teóricos, metodológicos e operacionais para qualificar o cuidado. Esses documentos abordam temas estratégicos, como promoção da saúde, prevenção de agravos, organização do processo de trabalho, planejamento em saúde, acolhimento e humanização, sendo fundamentais para apoiar a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional. De acordo

território exige conhecer as condições de vida e saúde para planejar ações coerentes com a realidade local” (Brasil, 2000, p. 34).

De modo geral, os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente mais privilegiados. As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existente na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde (Travassos & Castro, 2012, p. 184).

Portanto, repensar a APS é também repensar a própria noção de saúde que a sustenta: trata-se de afirmar a centralidade do sujeito e sua autonomia na construção do cuidado. Como lembra Ivan Illich (1975), “[...] a autonomia é uma condição para a saúde – um ser humano não é saudável quando depende exclusivamente de especialistas para lidar com as contingências da vida” (p. 89). E finaliza: “[...] a medicina centrada na prevenção compulsória impede que o indivíduo aprenda com sua experiência de viver” (1975, p. 90).

Desse modo, ainda que os discursos sobre a prevenção sejam revestidos de um ideal ético e racional, é preciso reconhecer que a detecção precoce carrega consigo uma tensão estrutural: ela antecipa diagnósticos sem necessariamente promover cuidado. Illich (1975) denuncia que “[...] a medicalização do diagnóstico precoce não apenas entrava e desencoraja a verdadeira prevenção, mas leva também o paciente potencial a comportar-se como um objeto pelo qual o médico é responsável” (p. 152). E conclui: “[...] ele aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida” (1975, p. 152). Acrescente Löwy (2010: 4):

O diagnóstico de um ‘risco incorporado’ de câncer pode colocar as pessoas em um limbo entre a saúde e a doença (tornando-se ‘doentes saudáveis’), mudar a forma como se sentem em relação às partes perigosas de seus corpos (‘vivendo com uma bomba-relógio’) e levar a uma cisão entre o eu e a parte traíçoeira do corpo. A cirurgia profilática para uma lesão pré-cancerosa – seja ela histológica, celular ou molecular – é uma forma de curar essa cisão. [...] A história do manejo cirúrgico (e ocasionalmente radiológico) do risco de câncer é, em grande medida, a história dos diagnósticos de condições pré-cancerígenas e das persistentes incertezas ligadas a tais diagnósticos.

---

com o Ministério da Saúde, “[...] os Cadernos de Atenção Básica têm como objetivo subsidiar os profissionais da Atenção Básica na organização do processo de trabalho, na qualificação das práticas e na ampliação da resolutividade dos serviços ofertados” (Brasil, 2000, p. 9). Ver: Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica n.1 – Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Se, por um lado, o rastreamento pode ampliar o acesso a exames e diagnósticos, por outro, pode gerar uma série de efeitos perversos, como a ansiedade, a rotulação precoce e a intervenção desnecessária. Conforme destaca o Ministério da Saúde (2012): “[...] as intervenções preventivas indicam-se quando o benefício no futuro supera as possibilidades de um prejuízo no presente” (p. 241). E alerta: “[...] há que se utilizarem as intervenções preventivas com base em evidências científicas que comprovem que elas fazem mais bem que mal” (Ministério da Saúde, 2012, p. 241).

Então, é preciso deixar claro, que não se trata de negar a importância da prevenção, mas de questionar sua captura pela lógica da antecipação patológica, que transforma a APS em máquina de produção de diagnósticos. Segundo Illich (1975), “[...] a prática de procedimentos rotineiros de diagnóstico precoce sobre populações importantes garantiu ao médico científico a existência de abundante matéria-prima para sua atividade” (p. 196). E complementa: “[...] essa prática reforça a convicção das pessoas de que são máquinas cuja durabilidade depende da frequência das visitas à oficina de manutenção” (1975, p. 196).

O rastreamento é uma tecnologia peculiar. Ao contrário de outras práticas médicas, não depende da presença de sintomas ou de pedidos de ajuda. Ele transforma pessoas assintomáticas em pacientes em potencial, que entram em circuitos médicos com base em um risco estimado. [...] Esse processo pode ser tranquilizador, mas também produzir ansiedade e levar a procedimentos desnecessários. [...] Ao invés de promover saúde, o rastreamento pode levar à descoberta de condições que talvez nunca causassem danos, criando novos pacientes, diagnósticos e intervenções (Lowy, 2010, p. 178).

Como resultado, amplia-se a noção de que estar saudável significa estar permanentemente sob vigilância técnica<sup>12</sup> e submetido a intervenções preventivas. Isso cria uma nova figura: o doente assintomático, alguém que, embora se sinta bem, é tratado como potencialmente doente. O livro “Políticas e Sistema de Saúde no Brasil” (2012) reforça essa lógica ao afirmar que “[...] a prevenção secundária compreende o diagnóstico precoce das doenças, permitindo o tratamento imediato [...]. Neste caso, a doença já está presente, muitas vezes de forma assintomática” (p. 125). Nesse sentido,

<sup>12</sup> Na contemporaneidade, estar saudável passou a significar, paradoxalmente, estar permanentemente sob vigilância técnica, como se a saúde dependesse da constante inspeção de riscos invisíveis. Esse processo está intimamente ligado ao olhar panóptico descrito por Michel Foucault, no qual os corpos são vigiados não apenas por instituições, mas também por si mesmos, internalizando normas de conduta e padrões de normalidade. A saúde, nesse contexto, torna-se uma exigência moral e uma obrigação política, administrada por tecnologias de rastreamento, protocolos e algoritmos que transformam o sujeito em paciente potencial. Foucault afirma que “[...] o exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um olhar normalizador, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir” (Foucault, 2001, p. 185). Esse olhar se articula ao biopoder, entendido como o poder de gerir a vida, que “[...] se exerce através de uma multiplicidade de instituições e saberes que incidem sobre o corpo e a população” (Foucault, 2014, p. 35), transformando a saúde em objeto de regulação contínua. Ver: Foucault, M. *O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001; Foucault, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (40<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Vozes, 2014.

“[...] os exames seletivos e as pesquisas de triagem são medidas individuais e coletivas para a descoberta de casos” (Brasil, 2012, p. 126).

Portanto, a cultura do risco desloca o eixo da APS, enfraquecendo a dimensão relacional do cuidado e priorizando o monitoramento constante de parâmetros biológicos. Como relata Illich (1975): “[...] o ambiente é recomposto de tal modo que a maior parte das pessoas perde [...] o poder e a vontade de ser auto-suficiente” (p. 193). E conclui: “[...] o resultado é uma sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbidade universal” (1975, p. 193).

A medicalização da prevenção criou um novo grupo de pessoas: aquelas que vivem com a consciência constante de um risco potencial. [...] Elas são saudáveis, mas não se sentem assim. A vigilância constante, os testes repetidos e a expectativa de um diagnóstico positivo afetam profundamente sua percepção de si mesmas. [...] O rastreamento, assim, transforma o cuidado em suspeita permanente. A ausência de sintomas não é mais um indicativo de saúde, mas um intervalo entre dois testes. Essa lógica reforça a ideia de que o corpo deve ser constantemente monitorado, mesmo em estado de normalidade (Lowy, 2010, p. 174).

Ainda que a medicina preventiva seja importante em determinados contextos, sua generalização acrítica pode reforçar desigualdades, medicalizar a vida e capturar a subjetividade sob a forma de risco. A OPAS<sup>13</sup> (2012) observa que “[...] a classificação de riscos é fundamental para organizar a rede de atenção [...], define, em função dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema” (p. 54). E ressalta: “[...] a estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições crônicas” (OPAS, 2012, p. 360).

Desse modo, cabe afirmar que o desafio contemporâneo da APS é resistir à colonização da lógica do risco e reafirmar-se como espaço de cuidado ampliado, singularizado e comprometido com a autonomia dos sujeitos. Como conclui o relatório da OPAS (2012): “[...] a atenção à saúde baseada na população move o sistema de um indivíduo que necessita de cuidado para o planejamento e a prestação de serviços a uma população determinada” (p. 361). E reforça que “[...] as metodologias de estratificação [...] devem considerar não apenas variáveis clínicas, mas também o grau de apoio ao autocuidado” (OPAS, 2012, p. 254).

<sup>13</sup> A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é um organismo internacional que atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e tem desempenhado papel estratégico no fortalecimento dos sistemas de saúde pública nos países da região, incluindo o Brasil. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a OPAS tem contribuído com a formulação de diretrizes e recomendações voltadas à reorganização dos modelos de atenção, enfatizando a abordagem das condições crônicas, a coordenação do cuidado e a equidade. A organização também tem alertado para os riscos do excesso de intervenções médicas e diagnósticos desnecessários, promovendo a noção de prevenção quaternária como instrumento de proteção contra a medicalização excessiva. Como afirma a entidade, “[...] a estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições crônicas, devendo considerar não apenas variáveis clínicas, mas também o grau de apoio ao autocuidado” (OPAS, 2012, p. 254). Ver: Organização Pan-Americana da Saúde. *Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: OPAS, 2012.

Como isso, é importante destacar que a prevenção, quando capturada por uma lógica técnica e estatística, pode produzir efeitos colaterais invisíveis, como o aprisionamento do sujeito à condição de “paciente permanente”. Conforme afirma Illich (1975): “[...] a medicalização da vida é malsã por três motivos: [...] tira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde” (p. 11). E completa: “[...] o consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes” (1975, p. 11).

A medicalização do diagnóstico precoce não apenas entrava e desencoraja a verdadeira prevenção, mas leva também o paciente potencial a comportar-se como um objeto pelo qual o médico é responsável. Ele aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida. [...] Como todo setor industrial em crescimento, o sistema de saúde coloca suas forças onde a demanda parece sem limites: a proteção contra a morte. [...] Muito tempo e muitos esforços são consagrados durante o tratamento a impedir que o paciente se suicide durante um ano ou talvez dois de vida que às vezes ele ganha (Illich, 1975, p. 196).

Portanto, o que começa como uma ação de cuidado pode escorregar para a imposição de normas de comportamento, reforçando um ideal de corpo saudável tecnicamente controlado. Starfield (2002) já advertia que “[...] as estratégias baseadas na população podem nem sempre ser as mais eficientes [...] e se tornam menos justificáveis conforme diminui a probabilidade de risco” (p. 320). Além disso, ela observa que “[...] nem todos querem se engajar na prevenção quando isso requer ações pessoais ou quando é imposto através de uma burocracia visível” (Starfield, 2002, p. 319).

Todavia, o rastreamento em larga escala não só transforma o indivíduo em risco permanente, como desestabiliza a fronteira entre saúde e doença. Segundo Illich (1975): “[...] a etiquetagem iatrogênica<sup>14</sup> das diferentes idades da vida humana [...] transforma a vida em uma sequência de períodos que exigem formas particulares de consumo terapêutico” (p. 135). E conclui: “[...] o homem domesticado entra em estabulação permanente para se fazer gerir numa sequência de celas especializadas” (Illich, 1975, p. 135).

---

<sup>14</sup> A etiquetagem iatrogênica refere-se ao processo pelo qual a medicina, ao classificar fases da vida como categorias clínicas, transforma experiências humanas comuns em objetos de intervenção terapêutica. Essa rotulação médica cria uma normatividade sobre os corpos ao definir, por exemplo, a infância, a menopausa ou a velhice como etapas que exigem vigilância constante e tratamentos específicos, ainda que não haja doença presente. Trata-se de uma forma de medicalização que fragmenta a vida em períodos patologizados, promovendo o consumo contínuo de serviços e produtos médicos. Ivan Illich critica esse fenômeno ao afirmar que “[...] a etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana [...] transforma a vida em uma sequência de períodos que exigem formas particulares de consumo terapêutico. [...] O homem fica encaixotado num meio feito para os membros de sua categoria, conforme a concebe o especialista burocrático encarregado de sua gerência” (Illich, 1975, p. 135). Ver: Illich, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Essa etiquetagem acaba fazendo parte integrante da cultura popular quando o leigo aceita como coisa ‘natural’ e banal o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação, são recém-nascidas, crianças, estão no climatério, ou porque são velhas. Quando se chega a esse ponto, a vida não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma sequência de períodos, cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico. [...] O homem fica encaixotado num meio feito para os membros de sua categoria, conforme a concebe o especialista burocrático encarregado de sua gerência [...] o indivíduo é instruído para seguir o comportamento que convém a uma administração de pedagogos, de pediatras, de ginecologistas, de geriatras e às suas diversas classes de servidores (Illich, 1975, p. 135).

Além disso, a obsessão pelo risco cria uma sociedade ansiosa e dependente da autoridade médica, que redefine a vida em função de intervenções. Dito isso, endossamos o que afirma o Ministério da Saúde: “[...] o cuidado integral supõe o enfrentamento das iniquidades, não apenas a padronização das condutas clínicas” (Brasil, 2012, p. 25). E conforme o mesmo documento, “[...] as ações de prevenção secundária são centradas no diagnóstico precoce e na limitação da invalidez, muitas vezes sobre doenças assintomáticas” (Brasil, 2012, p. 125).

Portanto, o excesso de exames e diagnósticos pode deslocar o cuidado do campo da escuta e do vínculo para uma sequência infinita de prescrições. Como alerta o documento “Cuidado das Condições Crônicas na APS”: “[...] o overdiagnosis<sup>15</sup> pode tornar as pessoas mais doentes e mais pobres” (Brasil, 2012, p. 239). E complementa: “[...] essa contradição está expressa no próprio título do livro, em que se mostra que os EUA gastam com intervenções médicas desnecessárias entre 500 a 700 bilhões de dólares por ano” (2012, p. 239).

O overdiagnosis é discutido além do conceito de diagnóstico excessivo e diz respeito a diagnósticos de condições de saúde realizados, mas que nunca causarão sintomas sérios ou mortes às pessoas no decorrer de suas vidas. O overdiagnosis, ainda que tenha um valor per si, é, também, um dos fatores determinantes do overtreatment que, como resultado de intervenções médicas desnecessárias, pode tornar as pessoas mais doentes e mais pobres (Brasil, 2012, p. 239).

Ora, a imposição de protocolos rígidos ignora a complexidade da vida cotidiana e a singularidade das trajetórias de saúde. Como afirma Löwy (2010); “[...] ao focalizar-se nos riscos futuros, a medicina preventiva perde de vista o sofrimento atual e as necessidades concretas das

<sup>15</sup> O conceito de *overdiagnosis* refere-se à detecção de condições de saúde que, embora identificadas por exames diagnósticos, jamais causariam sintomas relevantes ou prejuízos à vida do paciente ao longo do tempo. Essa prática, muitas vezes associada ao rastreamento populacional em larga escala, pode transformar pessoas saudáveis em pacientes, gerar ansiedade, medicalizações desnecessárias e aumentar os custos do sistema de saúde sem benefício clínico proporcional. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o *overdiagnosis* representa uma distorção da finalidade do cuidado, substituindo a escuta e o vínculo pela antecipação compulsória de riscos. Como adverte o Ministério da Saúde, “[...] o *overdiagnosis*, ainda que tenha um valor per si, é, também, um dos fatores determinantes do *overtreatment* que, como resultado de intervenções médicas desnecessárias, pode tornar as pessoas mais doentes e mais pobres” (Brasil, 2012, p. 239). Ver: Brasil. Ministério da Saúde. *Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

pessoas” (p. 168). E prossegue: “[...] essa abordagem transforma indivíduos assintomáticos em ‘pré-doenças’ [...], ignorando variáveis sociais e subjetivas” (Lowy, 2010, p. 168).

Desse modo, o risco se transforma em categoria de subjetivação: o sujeito se percebe como vulnerável mesmo em estado de bem-estar. Rose (2013) observa que “[...] nossos corpos e cérebros estão se tornando locais de administração de risco [...] por meio de nossa própria conduta como cidadãos prudentes” (p. 20). E acrescenta que “[...] a existência vital torna-se foco de governo, alvo de novas formas de autoridade e de expertise” (2013, p. 17).

À medida que o milênio se aproximava, [...] em nenhuma parte essas mudanças foram mais eloquentes do que no campo da saúde, onde os pacientes são cada vez mais estimulados a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis de serviços médicos e de produtos que vão de drogas medicinais a tecnologias de reprodução e testes genéticos. [...] Atualmente, no nível molecular é que a vida humana é compreendida [...], e é nesse nível que a vida agora pode ser manipulada. [...] Visto que os seres humanos chegam a experimentar a si mesmos de novas maneiras como criaturas biológicas, como si-mesmos biológicos (Rose, 2013, p. 17).

Não só isso, mas também se verifica uma infantilização da população, cada vez mais dependente das prescrições técnicas para gerir a vida. Illich (1975) já denunciava que “[...] a medicalização transforma o indivíduo em paciente para o resto da vida” (p. 152). E prossegue: “[...] a prática de procedimentos rotineiros de diagnóstico precoce [...] reforça a convicção das pessoas de que são máquinas cuja durabilidade depende da frequência das visitas à oficina de manutenção” (1975, p. 196).

Ora, a subjetividade também sofre com o excesso de rótulos diagnósticos que invadem a vida desde a infância até a velhice. Como aponta Illich (1975, p. 135): “[...] a escola, a rua e a atmosfera asséptica da clínica se enriquecem de prescrições profissionais e se empobrecem em opções”. Ele afirma que,

A aceitação geral da classificação iatrogênica se multiplica por todos os pacientes mais depressa que os médicos e os medicamentos. Dentro de cada categoria de pacientes nasce e se reforça a estratificação hierárquica estabelecida pela escola, o salário e o status. [...] A vida não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma sequência de períodos, cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico. A cada idade corresponde então um meio ambiente especial para otimizar essa saúde-mercadoria: o berço, o local de trabalho, o asilo de aposentados e a sala de reanimação no hospital. O homem fica encaixotado num meio feito para os membros de sua categoria, conforme a concebe o especialista burocrático encarregado de sua gerência. [...] A escola, a rua e a atmosfera asséptica da clínica se enriquecem de prescrições profissionais e se empobrecem em opções (1975, p. 135).

Entretanto, a crítica à medicalização não nega os avanços da medicina, mas questiona seu uso autoritário e sua tendência à hiperintervenção. Conforme Werner (2009), “[...] alguns medicamentos modernos são muito importantes e podem salvar vidas. Mas para a maioria das doenças não é

necessário tomar medicamentos” (p. 317). E complementa: “[...] o trabalhador de saúde pode sentir a tentação de prescrever apenas para agradar, mas na realidade foi o corpo que se curou sozinho” (2009, p. 317).

Além disso, a expansão da prevenção secundária na APS está sendo cada vez mais capturada pela lógica do consumo e da indústria da saúde. Como alerta o documento “Cuidado das Condições Crônicas na APS”: “[...] vem se manifestando, inequivocamente, uma tendência de sua mercantilização” (Brasil, 2012, p. 239). E destaca: “[...] o sistema de pagamento por procedimentos incentiva fazer mais serviços de maior custo, mas não os mais necessários” (2012, p. 239). Segundo Foucault (2001: 45):

A medicina aparece como uma técnica a serviço da população. Mas essa técnica só pode funcionar plenamente como saber e como poder ao preço de uma constituição nova do objeto da doença e do espaço em que ela se manifesta. A clínica, ao se tornar um olhar totalizador e disciplinar, substitui a antiga relação entre médicos e doentes por um novo regime de visibilidade e controle, no qual o corpo é exposto ao exame contínuo, e o saber médico é exercido como um poder de normalização.

Dito isso, deve-se retomar o sentido político e ético do cuidado, resgatando a autonomia dos sujeitos e a escuta atenta como fundamentos da APS. Como lembra Canguilhem (2005): “[...] a saúde não é a ausência de doença, mas a capacidade de instituir novas normas diante das agressões” (p. 75). E complementa: “[...] não há norma biológica sem subjetividade: é o sujeito quem julga a normalidade de sua condição” (2005, p. 76).

Diante desse contexto, ainda que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja concebida como o primeiro nível de cuidado e promotor da integralidade, ela tem sido atravessada por práticas de vigilância e controle que reduzem o sujeito a um corpo em risco. Como adverte Ivan Illich: “[...] a medicina se transforma em ritual de manutenção do homem usado como produto não humano” (1975, p. 8), e essa lógica transforma a saúde em mercadoria e a vida em objeto de gestão. Portanto, é urgente desmedicalizar a prevenção e restituir à APS sua potência como espaço de produção da vida. Afinal, “[...] a medicalização da vida é malsã por três motivos: aliena, paralisa e tira do indivíduo seu poder de cidadão” (Illich, 1975, p. 6).

Porque a prevenção tem sido instrumentalizada por um racionalismo tecnocrático que opera sob a lógica do risco populacional, urge recuperar o cuidado como encontro entre sujeitos. Segundo Barbara Starfield, “[...] a essência da atenção primária não é simples; ela exige o reconhecimento da complexidade da saúde como fenômeno humano” (2002, p. 12). E, como reforça Annemarie Mol diz que “[...] o bom cuidado exige sensibilidade à situação e não pode ser delegado a fórmulas abstratas”

(2008, p. 20). Desse modo, o vínculo, a escuta e o projeto terapêutico singular emergem como alternativas éticas à captura técnica da prevenção.

A escuta significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde (Ministério da Saúde, 2007, p. 25).

Ora, se o sujeito é mais do que seu corpo biológico, então o cuidado deve reconhecer a historicidade, o território e as redes sociais que o atravessam. Como destaca Emerson Merhy ao dizer que “[...] a clínica ampliada implica o acolhimento dos sentidos e significados da vida cotidiana nos atos de saúde” (2007, p. 45). E, conforme David Armstrong, “[...] a identidade do paciente é uma construção social e clínica, moldada pelas formas de saber e poder” (2002, p. 17). Por isso, desmedicalizar a prevenção significa também devolver ao sujeito a palavra sobre si.

Entretanto, a fragmentação dos serviços e a hegemonia do modelo biomédico dificultam práticas que valorizem a singularidade. Como afirma Foucault ao dizer que “[...] o poder produz saber, e o saber reproduz relações de poder” (2014, p. 35). E, nesse campo, “[...] o corpo é investido por uma tecnologia política que o torna produtivo e submisso” (2014, p. 34). Logo, romper com essa racionalidade exige criar brechas onde o cuidado se constitua como exercício de liberdade, não de sujeição.

O corpo está também diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder operam sobre ele um efeito imediato; investem-no, marcam-no, controlam-no, supliciam-no, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. [...] o corpo só se torna força útil se for simultaneamente corpo produtivo e corpo submisso. [...] Este saber e este domínio constituem aquilo a que se poderia chamar a tecnologia política do corpo (Foucault, 2014, pp. 33-34).

Apesar disso, há experiências potentes que resistem à normatização e celebram a potência do encontro. A escuta qualificada, por exemplo, permite construir laços terapêuticos baseados na confiança e no reconhecimento da dor do outro. Como sublinha Iona Heath: “[...] a consulta clínica é um espaço de hospitalidade radical, onde cabe o sofrimento sem nome” (Kidd et. al., 2013, p. 89). Do mesmo modo, para Jane Macnaughton, “[...] os sintomas são expressões simbólicas da vida vivida, não apenas sinais de doença” (Ahlzén et. al., 2017, p. 55).

Portanto, é preciso reencantar a prática clínica, apostando em um cuidado situado, ético e sensível à vida real. Ilana Löwy nos lembra que “[...] a medicina preventiva, quando centrada no risco, transforma a mulher saudável em paciente potencial” (2010, p. 42). E, conforme Rose, “[...] a política da vida se transforma na administração da probabilidade de doenças futuras” (2007, p. 15). Essas perspectivas exigem que resgatemos a ética do cuidado como resistência à lógica da antecipação da doença.

Não é preciso estar doente para se transformar num paciente. O conceito de morbidade simplesmente foi estendido e recobre situações onde não há morbidade em sentido estrito, mas probabilidade que uma tal morbidade apareça num devido prazo. [...] Essa medicalização da prevenção é um terceiro sintoma da iatrogênese social (Illich, 1975, p. 147).

Além disso, o território não é apenas um espaço geográfico, mas um campo de produção de subjetividades e práticas de cuidado. Como defende Merhy: “[...] o trabalho vivo em ato reorganiza os modos de fazer saúde, ativando a escuta, o vínculo e a construção compartilhada do projeto terapêutico” (2007, p. 87). E, segundo Starfield, “[...] a atenção primária deve estar orientada às necessidades das comunidades, não apenas às demandas biomédicas” (2002, p. 20). Assim, a APS se torna lugar de encontro e não de vigilância.

Ainda que o discurso da prevenção prometa controle e segurança, ele também instaura uma ansiedade permanente. Byung-Chul Han alerta que “[...] o excesso de positividade e desempenho gera síndromes como o burnout e a depressão” (2015, p. 12). E, como destaca Peter Conrad, “[...] a medicalização transforma problemas sociais e existenciais em distúrbios clínicos” (2007, p. 4). Portanto, resistir à tecnocracia é também proteger a saúde mental dos sujeitos e dos trabalhadores.

O sujeito de desempenho encontra-se em guerra consigo mesmo. O depressivo é o inválido dessa guerra internalizada. A depressão é o adoecimento de uma sociedade que sofre sob o excesso de positividade. Reflete aquela humanidade que está em guerra consigo mesma. [...] O excesso de trabalho e desempenho agudiza-se numa autoexploração. Essa é mais eficiente que uma exploração do outro, pois caminha de mãos dadas com o sentimento de liberdade. O explorador é ao mesmo tempo o explorado. Agressor e vítima não podem mais ser distinguidos. [...] Os adoecimentos psíquicos da *sociedade de desempenho*<sup>16</sup> [grifo nosso] são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal (Han, 2015, p. 30).

<sup>16</sup> A sociedade de desempenho, conceito desenvolvido por Byung-Chul Han, caracteriza-se por um modelo de subjetivação no qual os indivíduos são constantemente estimulados à superação pessoal, à produtividade ininterrupta e à autorresponsabilização por seu sucesso ou fracasso. Nesse contexto, o sujeito deixa de ser visto como explorado por estruturas externas e passa a explorar a si mesmo, internalizando a lógica da eficiência e do rendimento. Essa forma de vida, embora pareça libertadora, gera sofrimento psíquico, exaustão e transtornos como depressão e burnout. Segundo Han, “[...] o sujeito de desempenho encontra-se em guerra consigo mesmo. O depressivo é o inválido dessa guerra internalizada. [...] Os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal” (Han, 2015, p. 30). Ver: Han, B.-C. *Sociedade do cansaço* (5. ed.). Petrópolis: Vozes, 2015.

Contudo, não se trata de negar a importância dos saberes técnico-científicos, mas de integrá-los aos saberes populares, construindo uma ecologia de saberes<sup>17</sup> no cuidado. Débora Diniz afirma que “[...] a deficiência deve ser compreendida como um modo de vida, e não como ausência ou falha” (2007, p. 4). E Canguilhem reforça que “[...] a norma é sempre construída em relação à vida concreta dos indivíduos” (2005, p. 89). Assim, o cuidado se torna mais potente quando acolhe as múltiplas formas de existir.

Como caminho de transformação, a formação dos profissionais de saúde precisa ser repensada para incluir a ética do cuidado, a pedagogia do encontro<sup>18</sup> e o respeito à alteridade. Para Mol, “[...] o cuidado é uma prática coletiva que exige negociação e sensibilidade” (2008, p. 56). E, segundo Foucault, “[...] o nascimento da clínica está ligado a uma nova configuração do olhar e da linguagem” (2001, p. 121). Logo, aprender a olhar e escutar é mais revolucionário do que apenas aprender a diagnosticar.

Buscar nos anos de formação esta mudança é o grande desafio atual das escolas médicas. Para isso, elas devem se armar de dispositivos que operem a construção de um projeto terapêutico centrado na produção do cuidado. [...] O exercício de síntese das competências, em particular da articulação entre a competência genérica de qualquer profissional de saúde como um cuidador e o seu agir específico como um profissional médico, por exemplo, com sua competência específica diante de certa teoria sobre os modos de adoecer, permite construir intervenções restauradoras (Merhy, 2007, p. 137).

Ademais, as práticas de rastreamento em larga escala, quando descontextualizadas, correm o risco de transformar a APS em aparato de vigilância. O artigo sobre o rastreamento do câncer de mama no Brasil evidencia que “[...] há riscos de sobrediagnóstico e medicalização excessiva” (2021, p. 3).

<sup>17</sup> A noção de ecologia de saberes no cuidado propõe o reconhecimento e a valorização dos múltiplos conhecimentos que coexistem nos processos de saúde e adoecimento, incluindo os saberes populares, tradicionais, comunitários e não hegemônicos, ao lado do saber biomédico. Essa perspectiva rompe com a hierarquização entre ciência e outros modos de conhecer, defendendo uma articulação horizontal entre diferentes racionalidades, capazes de enriquecer a prática do cuidado e promover autonomia, integralidade e respeito à diversidade cultural. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a ecologia de saberes torna-se fundamental para construir intervenções sensíveis ao território e às necessidades reais das pessoas. Como afirma Boaventura de Sousa Santos, “[...] uma ecologia de saberes supõe o reconhecimento da pluralidade de conhecimentos e a recusa da ideia de uma hierarquia entre eles, exigindo tradução recíproca entre saberes diversos e a valorização das experiências concretas dos sujeitos” (Santos, 2010, p. 32). Ver: Santos, B. S. *Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes*. In: Santos, B. S. & Meneses, M. P. (Orgs.), *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010.

<sup>18</sup> A pedagogia do encontro é uma proposta ética e metodológica que coloca a relação entre sujeitos no centro do processo educativo e do cuidado em saúde. Fundamentada no pensamento de Paulo Freire, essa abordagem valoriza o diálogo, a escuta e a construção coletiva de saberes, reconhecendo cada sujeito como portador de experiências e conhecimentos legítimos. No campo da Atenção Primária à Saúde (APS), a pedagogia do encontro implica abandonar posturas autoritárias e tecnicistas, apostando em vínculos horizontais e na coautoria dos projetos terapêuticos. Como afirma Freire, “[...] é no encontro dos saberes que se dá o verdadeiro processo educativo, aquele em que o educador se faz também educando, e o educando, educador” (Freire, 1996, p. 27). Nesse sentido, o cuidado em saúde se torna um ato pedagógico, orientado pelo respeito, pela escuta e pela transformação mútua. Ver: Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

E Geoffrey Rose nos adverte que “[...] medidas populacionais podem gerar benefícios invisíveis para muitos, mas malefícios concretos para alguns” (2008, p. 56). Portanto, é necessário avaliar criticamente os efeitos dessas estratégias.

Desse modo, a desmedicalização da prevenção não significa a negação da ciência, mas a reafirmação de um projeto ético e político de saúde. Thomas Szasz já denunciava “[...] o mito da doença mental como justificativa para o controle social” (1974, p. 10). E Agamben sugere que “[...] o contemporâneo é aquele que sabe ver a escuridão do seu tempo” (2009, p. 13). Assim, resgatar a APS como espaço de produção de vida é também um ato de lucidez e coragem política.

#### **4 CONCLUSÃO**

A consolidação de estratégias de rastreamento populacional e gestão de risco no interior da Atenção Primária à Saúde (APS) tem produzido efeitos significativos sobre as práticas de cuidado, contribuindo para a intensificação da medicalização da vida cotidiana. Ao substituir o encontro clínico pela antecipação de agravos estatísticos, essas estratégias tendem a reduzir o sujeito a um portador permanente de riscos, esvaziando a escuta, o vínculo e a construção de projetos terapêuticos singulares. E, nesse processo, a APS, antes concebida como espaço de acolhimento e integralidade, passa a operar sob uma lógica de vigilância e padronização, onde o cuidado cede lugar à administração técnica da vida.

Entretanto, esse deslocamento do foco da escuta e do vínculo para os algoritmos e protocolos de risco resulta não só na perda da dimensão relacional do cuidado, mas também na ampliação de práticas iatrogênicas, que fragilizam a autonomia dos sujeitos. Como vimos ao longo da análise, o rastreamento em massa e a gestão de risco, embora justificados por critérios de eficiência, podem, na prática, converter a APS em um instrumento de regulação disciplinar, esvaziando sua potência ética e política.

Além disso, se por um lado a prevenção é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, por outro, ela se torna problemática quando dissociada do contexto social e singular do sujeito. Ora, quando a medicina transforma a saúde em antecipação estatística de agravos, ela corre o risco de fabricar identidades patológicas antes mesmo que a doença exista. E, como demonstraram autores como Illich (1975) e Rose (2013), essa lógica do risco compromete a construção de uma clínica sensível, centrada na pessoa.

Contudo, há caminhos de resistência: a clínica ampliada, a ética do cuidado e o reconhecimento dos saberes do território emergem como estratégias contra-hegemônicas que reafirmam a APS como

espaço de escuta, vínculo e responsabilização compartilhada. Logo, desmedicalizar a prevenção não significa negá-la, mas resgatá-la como prática situada, plural e comprometida com a vida concreta.

Portanto, para que a APS cumpra sua função de cuidado integral, é necessário romper com o imperativo da normatização e apostar em práticas que valorizem a singularidade e a autonomia dos sujeitos. Isso implica reconhecer que o cuidado não pode ser reduzido à aplicação de diretrizes, mas exige sensibilidade, diálogo e confiança mútua.

Assim, se a racionalidade do risco produz um sujeito assujeitado e permanentemente vigiado, o cuidado ético produz sujeitos implicados e corresponsáveis. Assim, a resposta à pergunta de partida passa por afirmar que a centralidade das estratégias de rastreamento e gestão de risco tem, sim, contribuído para a intensificação da medicalização e o esvaziamento da clínica ampliada, mas também nos convoca a reinventar práticas que restituam à APS seu lugar originário: o da produção de vida, de vínculos e de liberdade.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo?** São Paulo: N-1 Edições, 2018.
- AHZLÉN, R.; EVANS, M.; HEATH, I.; MACNAUGHTON, J. **Medical humanities companion. Volume one: Symptom.** London: Radcliffe Publishing, 2017.
- ARMSTRONG, D. **A new history of identity: A sociology of medical knowledge.** New York: Palgrave Macmillan, 2002.
- BRASIL. **Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica n.1 – Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CONRAD, P. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- DINIZ, D. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007.
- DOS SANTOS, A. N. S. et. al. Por uma atenção primária transformadora: formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado a saúde da família. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 11001-11030, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-054. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700>. Acesso em: 15 Mar. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no brasil. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 7636-7665, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-179. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3365>. Acesso em: 16 Mar. 2025.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 2014.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HAN, B.-C. **Sociedade do cansaço.** Petrópolis: Vozes, 2015.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KIDD, M.; HEATH, I.; HOWE, A. **Family medicine: The classic papers.** London: Radcliffe Publishing, 2013.

LÖWY, I. **Preventive strikes: Women, precancer, and prophylactic surgery.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOL, A. **The logic of care: Health and the problem of patient choice.** London: Routledge, 2008.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde.** Brasília: OPAS, 2012.

ROSE, G. **Rose's strategy of preventive medicine.** Oxford: Oxford University Press, 2008.

ROSE, N. **Política da vida: Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI.** São Paulo: Paulus, 2013.

SZASZ, T. S. **O mito da doença mental.** Rio de Janeiro: Record, 1974.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. **OBSERVATORIO DE LA ECONOMIA LATINOAMERICANA**, 23(2), e8946, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv23n2-041> Acesso em 16 de Mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Políticas culturais e saúde mental na infância: políticas públicas de cultura e sua importância para o desenvolvimento da saúde mental das crianças. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(4), e4045, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n4-136> Acesso em 26 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “A fortaleza invisível”: reflexões sobre aspectos socioemocionais e de saúde mental das mães solas no Brasil. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(6), e4510, 2024. Disponível em <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-101> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Vidas Entrelaçadas”: vivências e agenciamentos subjetivos de cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(7), e4773, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-051> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “O grito silencioso”: desvendando os nós invisíveis do suicídio e da autolesão entre jovens no Brasil. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(8), e9319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-144> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(6),

e7404, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-100> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(5), e4259, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n5-079> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “De portas fechadas e uma infância fragmentada”: a importância da creche e pré-escola para abrir caminhos e garantir uma primeira infância plena no Brasil. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(6), e7843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-335> Acesso em 23 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. et. al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitaristas e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. **OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 22(9), e6930, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-202> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Os novos manicômios: contrarreforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. **Caderno Pedagógico**, 21(12), e11224, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-245> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Saúde mental materna – desconstruindo o “mito da maternidade” e enfrentando a depressão e a ansiedade no pós-parto. **OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 23(3), e9369, 2025. Disponível em <https://doi.org/10.55905/oelv23n3-128> Acesso em 25 de Mar. de 2025

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-Chul Han. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(13), e6979, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-101> Acesso em 15 de Mar. de 2025.

WEBER, M. **Ensaios de sociologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1949.

YOUNG, A. **The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder**. Princeton: Princeton University Press, 1997.