



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Gisela Giannerini dos Santos

As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica

Rio de Janeiro

2013

Gisela Giannerini dos Santos

As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S237 Santos, Gisela Giannerini dos.
As múltiplas faces da medicalização : uma revisão histórica
/ Gisela Giannerini dos Santos. – 2013.
156 f.

Orientador : Benilton Carlos Bezerra Junior.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medicina social - Teses. 2. Saúde – Aspectos sociais –
Teses. 3. Médico e paciente – Teses. 4. Saúde mental – Teses.
I. Bezerra Junior, Benilton Carlos. II. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616-058

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Gisela Giannerini dos Santos

As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em _____

Orientador: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, na certeza da alegria e do orgulho que teriam sentido se vissem mais esse
passo em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que incentivou essa formação e pôde sustentar meus momentos de ausência. Minha mãe e meu irmão, em especial, pela aposta incansável na vida, na união e na cumplicidade de nossa grande família.

Ao Rubem, que não vacilou em estar ao meu lado, apoiar os momentos de aflição e tentar fazer do “grego” uma leitura possível para que pudesse me ajudar no português.

Aos meus compadres, Joana Cury e Augusto Bragança por acompanharem carinhosamente e diretamente esse tempo de construção, pelos telefonemas preocupados, mas, sobretudo, confiantes na finalização deste processo.

Agradeço aos amigos Daniel Elia e Valéria Rodrigues pelos ouvidos incansáveis e pela pronta amizade que serviu como esteio nos momentos de mais angústia dessa caminhada.

Às minhas companheiras de Mestrado, Mônica, Karina, Clara, Bia, Marga, Bárbara, Alice, foi uma alegria imensa encontrar vocês. Agradeço, especialmente, Cláudia Ciribelli pela cumplicidade e pelo coração aberto para a amizade desde o início.

Agradeço à Andréa Montechiare, Enara Vieira, Lucimar Dantas e Gabi Guedes, amigas que dividiram comigo os desafios e os momentos de incertezas dessa caminhada!

Ao Benilton, por ter me acolhido nessa jornada, e principalmente pela tranquilidade e gentileza sempre presentes na orientação deste trabalho. Aprendi muito com você!

À Rafaela Zorzanelli, pela disponibilidade, interesse e atenção carinhosa ao longo de todo o percurso do Mestrado. Suas observações foram fundamentais em minha formação!

Aos professores Jane Russo e Carlos Estellita-Lins por aceitarem, gentilmente, compartilhar suas observações sobre essa pesquisa.

Ao IMS, a todos os funcionários, as meninas da secretaria por nos ajudarem sempre com presteza, aos professores pelo investimento na formação e por dividirem conosco seus valiosos conhecimentos.

Ao CNPq pela bolsa de incentivo aos estudos e à produção de conhecimento.

Se não tivesse o amor
Se não tivesse essa dor
E se não tivesse o sofrer
E se não tivesse o chorar
Melhor era tudo se acabar

Consolação

RESUMO

SANTOS, Gisela Giannerini dos. *As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica*. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Essa dissertação tem por objetivo apresentar, de forma panorâmica, uma revisão histórica sobre o conceito de medicalização, analisando como o entendimento sobre este processo se transformou nas últimas décadas, passando de críticas mais ortodoxas, que julgavam ser este processo fruto de um imperialismo médico sobre a sociedade, às críticas contemporâneas, orientadas por uma compreensão mais nuançada a respeito do tema. Dentre as principais mudanças na leitura da medicalização, está o entendimento desta enquanto um processo interativo e coletivo, composto por inúmeros participantes-chave com interesses e papéis distintos na atualidade. Enquanto os primeiros teóricos da década 70 realçam a crítica ao controle social e malefícios da medicina, numa abordagem mais recente os indivíduos deixam de ser vistos como vítimas para protagonizarem o cenário de negociação pública acerca das fronteiras que legislam sobre os processos de saúde e doença. A noção de medicalização caminhou no sentido de uma complexidade maior, trazendo desafios que não são tão facilmente resolvíveis na conjuntura contemporânea. Ao final, destacamos como um dos desdobramentos centrais desta dissertação a pertinência atual de uma revisão mais apurada sobre o assunto, principalmente no que concerne ao tema do estreitamento da normalidade, onde o conceito de medicalização pode funcionar como uma ferramenta conceitual útil de análise. Aludimos ao exemplo da psiquiatria como um analisador nessa discussão, considerando o papel social historicamente desempenhado por esta na delimitação de fronteiras que, no fundo, ainda versam sobre antigos dilemas sobre normalidade e anormalidade. Para tanto, este estudo traz uma revisão histórica sobre o conceito de medicalização através das contribuições mais relevantes da literatura internacional.

Palavras-chave: Medicalização. Saúde e Doença. Biomedicalização. Psiquiatria. Sofrimento psíquico. Normalidade.

ABSTRACT

SANTOS, Gisela Giannerini dos. *The multiple faces of medicalization: a historical review*. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013

This study aims to present a historical review of the medicalization concept, analyzing how the understanding about of this process has changed in the past decades, moving from a orthodox point of view that considered this to be the result of a medical imperialism process on the society, until a modern-day critics, guided by a more nuanced understanding of the theme. Among the major changes in the reading of the medicalization, is the perception of it as an interactive and collective process, composed of numerous key players, each one with different interests and roles nowadays. While early authors of the 70 emphasized the social control and the damage caused by medicine, in a more recent approach individuals are no longer seen as victims, but as important advocates for medicalization. The individuals have begun to play a more significant role in this process, becoming key actors of a public debate about the ever-shifting boundary that legislate on the processes of health and disease. The notion of medicalization advanced towards a complex approach, bringing challenges that are quite different nowadays. Finally, we highlight a central development of this research presenting a more thorough review on the subject, especially regarding the issue of narrowing the normal, where the concept of medicalization can function as a useful conceptual tool of analysis. The example of psychiatry is mentioned as an analyzer question in this discussion, considering the social role historically played by this in the delimitation of boundaries that still deal with old problems about normality and abnormality. Therefore, this study provides a historical review of the concept of medicalization through the most relevant contributions of the international literature.

Keywords: Medicalization. Health and Illness. Biomedicalization. Psychiatry. Human Suffering. Normality.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	AS CRÍTICAS ORTODOXAS À MEDICALIZAÇÃO	16
1.1	O contexto das décadas de 60 e 70	17
1.2	A crítica de Irving Zola: “viver é prejudicial à saúde?”	23
1.3	A perspectiva de Ivan Illich: iatrogenia e imperialismo médico	30
1.3.1	<u>A iatrogenia clínica</u>	32
1.3.2	<u>A iatrogenia social</u>	32
1.3.3	A iatrogenia estrutural	36
2	MEDICALIZAÇÃO: A INTERPRETAÇÃO DE MICHEL FOUCAULT	42
2.1	Raízes da medicina social	45
2.1.1	<u>A medicina de Estado</u>	46
2.1.2	<u>A medicina urbana</u>	48
2.1.3	<u>A medicina da força laboral</u>	50
2.2	A crise da medicina	52
2.3	Biopolítica e regulamentação da vida	58
2.4	A governamentalidade	66
3	O TEMA DA MEDICALIZAÇÃO SOB A ÓTICA DA COMPLEXIDADE	72
3.1	As engrenagens sociais da medicalização: o pensamento de Peter Conrad	75
3.1.1	<u>Medicalização X <i>Healthism</i>: a saúde em foco</u>	82
3.2	Medicalização como um processo coletivo: novos agentes e promotores em cena	89
3.3	As indústrias farmacêuticas e o conceito de <i>Disease Mongering</i>	99
3.4	Medicalização e a perspectiva da <i>biomedicalização</i>	108

3.4.1	<u>Os avanços da ciência moderna: a era biológica</u>	116
3.5	Estreitamento da normalidade e avanço da medicalização: o exemplo da psiquiatria	123
4	DESDOBRAMENTOS DO DEBATE NA ATUALIDADE	141
	REFERÊNCIAS	153

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é resultado de uma antiga inquietação a respeito do modo como a saúde, a doença e o sofrimento humano vêm sendo compreendidos, nos últimos tempos, no campo da saúde mental, onde o recurso à insígnia da “medicalização” é frequentemente utilizado de modo superficial. O encontro com essas questões aconteceu mais diretamente pela prática, através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental vivenciado no Instituto Municipal Nise da Silveira no Engenho de Dentro, e, em seguida, pela passagem por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Foi possível perceber, no trabalho, que a medicalização não é um assunto restrito ao meio técnico, mas, ao contrário, algo que cada vez mais perpassa os discursos leigos e comuns, atravessando, assim, a cultura como um todo.

O interesse derivado destes questionamentos foi delineado no projeto de qualificação, onde a proposta era analisar os dilemas da saúde mental no âmbito da atenção primária, tomando como fio condutor da pesquisa a temática da medicalização. O objetivo geral consistia em analisar de que forma a ampliação da atenção à saúde no nível básico, através da Estratégia de Saúde da Família, implicava em transformação de hábitos, estilos de vida e modos de relação com o tema da saúde em função do aumento do número de profissionais em contato direto com a população em seus territórios. A proposta era estudar em que medida essa ampliação do acesso poderia ser pensada do ponto de vista da medicalização, ponderando que o intuito de expandir a cobertura e melhorar a qualidade de saúde, acarretava, inevitavelmente, consequências no modo como as pessoas se relacionavam com o saber médico, com o discurso técnico e com os processos de saúde e de doença.

Para tanto, concluímos que tal intenção poderia tornar-se inócua caso o próprio termo medicalização, com o qual se pretendia operar, não fosse melhor investigado, já que, em uma primeira aproximação, observou-se que haviam tensões em jogo nesse campo que poderiam, inclusive, ser subestimadas em função de uma menção superficial e rasa ao assunto. O “conceito”, então, passou de marco teórico a objeto de estudo desta dissertação, com o intuito de elaborar um solo teórico consistente ao reconstruir alguns sentidos do termo, a fim de contribuir para futuras pesquisas que tenham interface com a questão da medicalização.

Metodologicamente, optamos por fazer uma revisão bibliográfica a partir da identificação de livros e artigos eleitos como produções indispensáveis à articulação que propomos do tema. Este trabalho, portanto, não consiste em um amplo recenseamento das

produções voltadas ao tema da medicalização, pois parte de um recorte em que são escolhidos autores-chave para a leitura que sugerimos.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é apresentar, de forma panorâmica, uma revisão histórica sobre as transformações em torno do conceito de medicalização, passando das primeiras menções ao termo até teorizações contemporâneas, a fim de analisar criticamente as contribuições mais relevantes da literatura internacional que assumiu a medicalização como tema de pesquisa. Ao final, trazemos o que julgamos ser uma contribuição desta dissertação para o campo da Saúde Coletiva, por meio de uma breve apresentação que articula uma interseção da pesquisa com debates atuais dos campos da psiquiatria e da saúde mental.

Posto isso, podemos antecipar que existem alguns sentidos possíveis na literatura, diversos autores falam de “medicalização” utilizando o termo tanto como conceito quanto como substantivo, em acepções e motes distintos. Sob diversas perspectivas teóricas e terminológicas, a medicalização tem sido matéria importante na história das Ciências Humanas e Sociais nas últimas décadas. (NYE, 2003). Tendo em vista que um conceito não é algo dado naturalmente, já que seu surgimento pode ser remontado à inúmeras condições e situações que permitiram sua emergência e uso, esta dissertação se propõe a apresentar as principais matrizes discursivas sobre o tema em dois tempos históricos radicalmente distintos, sugerindo, assim, a pertinência de uma análise mais apurada sobre os possíveis sentidos do termo.

Traçaremos um percurso dos últimos 50 anos sobre a utilização do termo, passando por suas múltiplas faces e teorizações, a fim de levantar as tensões em cena, os diálogos que tal conceito manteve com a sociedade da época e a inexistência de *uma* única teoria da medicalização ao longo do período de análise recortado. Em nossa apreciação, embora seja vasta a produção teórica sobre o assunto, não parece existir, até o momento, uma definição exclusiva e coesa. Ainda que muitas opiniões concordem com o fato de tratar-se da incorporação progressiva de questões da existência humana à jurisdição da profissão médica, existem diferenças significativas no modo como os autores compreendem esse processo, sendo nosso interesse mapear esses diferentes olhares em contextos separados por cinco décadas. Se por um lado a presença de diferentes apreciações sobre o tema fala a favor da complexidade em jogo nessa seara, por outro favorece uma excessiva generalidade do termo, conforme autores mais contemporâneos criticam. Para estes, o termo alcançou uma generalidade que acarretou uma diminuição significativa de sua precisão analítica.

Optamos por organizar o escopo da escrita a partir de um recorte temático e não cronológico, passando das críticas mais radicais às mais nuançadas. Para isso, dividimos em duas partes, estruturadas com base nos dois tempos em que analisamos os discursos sobre a medicalização.

Na primeira parte, o capítulo I traz os debates precursores das décadas de 1960 e principalmente 1970, situando o pano de fundo sócio-cultural em que se estruturaram os primeiros estudos. Podemos antecipar que alguns autores da década de 70 se dedicaram - cada qual a seu modo particular - ao tema da influência de um modelo estritamente biomédico como bússola de compreensão da saúde e da doença, com ênfase na extensão deliberada da medicina a diversos domínios da vida. Segundo Ivan Illich, por exemplo, havia uma ostensiva expropriação da saúde, que levava a uma sociedade cada vez mais passiva e dependente de terapêuticas. Essa ascendência da medicina sobre os indivíduos foi compreendida como uma forma de controle social, por vezes nomeado como “imperialismo médico”.

Abordamos as críticas mais incisivas protagonizadas, principalmente, por Ivan Illich e Irving Zola que, elegeram a medicina como figura central do fenômeno da medicalização naquela época. Em função do caráter rígido e, por vezes, ácido das proposições teóricas, esses autores ficaram conhecidos como adeptos a uma “tese da assimetria”, que supunha a existência de um processo composto por posições desiguais de poder entre membros da profissão médica e indivíduos. Com o tempo, esses autores passaram a ser menos lidos pela comunidade acadêmica em decorrência das críticas mais ortodoxas. Todavia, os resgatamos nesta pesquisa por avaliarmos que são figuras fundamentais, cujas produções teóricas trazem contribuições valiosas para a abordagem ao tema.

No mesmo período histórico, porém com uma posição menos ortodoxa, apresentamos a compreensão de Michel Foucault como uma visão mais ampla sobre o tema. O autor é considerado pioneiro na utilização do termo “medicalização”, embora não tenha se dedicado a uma conceituação sistemática do mesmo. Consideramos, e por isso a ele nos dedicamos, que Foucault pôde articular uma noção mais complexa e ampla sobre a função da medicina nas sociedades ocidentais ao incluir em suas críticas o papel do saber e das práticas médicas na constituição dos indivíduos e da subjetividade humana. Embora o autor tenha um percurso inicial de críticas às derivações da medicina sobre a vida, o desdobramento de suas reflexões caminham para uma interpretação mais sofisticada sobre o assunto, inclusive fornecendo elementos importantes para os teóricos sucessores, alinhados na seção final desta dissertação.

Na segunda parte, onde nos dedicamos aos debates pós virada do século, trazemos no terceiro capítulo perspectivas teóricas mais complexas, permeadas por novos ângulos de visão. A produção teórica dos anos 2000, e mesmo a dos anos 90, trazem elementos que levam a que o processo de medicalização seja compreendido como um fenômeno interativo, composto por múltiplos atores e engrenagens sociais, fora do campo médico, conforme afirma Peter Conrad (1992; 2007).

No período em questão, o tema da medicalização é analisado sob a ótica da complexidade. Isso significa dizer que, neste capítulo, contextualizamos as tensões em jogo neste processo por entendermos que este não se reduz a uma categorização de novos problemas médicos protagonizados por profissionais da medicina exclusivamente, mas sim um complexo conluio que envolve a participação ativa de indivíduos, movimentos sociais, indústrias farmacêuticas e da saúde, meios de comunicação social e outros atores que não eram evidentes na década de 70. Vemos que em torno dessa temática gravitam, portanto, diferentes participantes na negociação de possibilidades e meios de regulação mais especializada do homem, disputando quem são os mais habilitados a definir o quê é ou não um problema de saúde. Para ilustrar o que denominamos por “complexidade”, subdividimos a segunda parte em diferentes tópicos dedicados aos elementos que compõem o panorama recente de críticas.

Neste ponto, ramificamos a revisão para diferentes eixos de análise que aparecem na literatura. Dentre estes, exploramos a temática dos novos participantes em cena, assim como o tema da *biomedicalização* em voga num cenário marcado pelo discurso tecnocientífico e biológico a respeito dos problemas que concernem aos indivíduos. Nesse viés, trazemos também uma análise mais pormenorizada sobre o papel das indústrias farmacêuticas e da prática do *Disease Mongering* nesta celeuma.

Observamos ainda que, frequentemente, o tema da medicalização se confunde com um outro eixo de debates estruturados a partir de uma crítica à busca por uma saúde perfeita. Neste, é comum o diálogo ser atravessado pela noção do *Healthism*, conceito proposto por Robert Crawford (1980) para se referir a uma espécie de “mania de saúde”. Esta é uma discussão um pouco paralela, mas que por vezes se confunde com a da medicalização em alguns autores, embora outros, como Peter Conrad, marquem a diferença conceitual. O intuito não é o de resolver esse tensão, mas sim apresentá-la, a fim de enunciar que nos dias atuais existe tanto a preocupação com a medicalização e a crescente transposição de fatos da vida

cotidiana para problemas de ordem médica, quanto uma outra que desliza mais para o mote dos excessos em nome da saúde.

Para Robert Nye (2003), refletir sobre a medicalização em um enquadre recente é algo mais diversificado, e mesmo otimista, do que foi há 35 ou 40 anos atrás, embora ainda exista a preocupação quanto à tendência de se retratar fenômenos de natureza social e psicológica como problemas de ordem médica. Nye afirma ser necessário reconhecer que as transformações no significado do termo ocorreram em consequência de desenvolvimentos e discussões teóricas. Segundo este, o termo passou a ser utilizado com mais frequência após 1960 e 1970, pelos estudos relacionados à história e sociologia da saúde pública, da psiquiatria e da criminologia. Já Deborah Lupton (1997) afirma que o que se reconhece como “crítica à medicalização” é algo que vem sendo vagamente explorado no campo teórico. Todavia, na empreitada a seguir fica claro que a medicalização extrapolou os limites de um termo para tornar-se um importante campo de interesses e pesquisas em constante atualização.

A polêmica e as disputas em torno da precisão teórica e conceitual do termo ratificam a importância de um debate mais apurado a respeito das variações do conceito, considerando a pertinência de sua utilização na Saúde Coletiva. Acreditamos que a revisão a seguir pode contribuir para um olhar mais complexo sobre a medicalização, podendo tal noção servir como uma ferramenta conceitual útil ao debate que gira entorno de noções caras ao campo da saúde mental como as de normalidade, anormalidade e diferença, que discorreremos ao final.

No desfecho da dissertação, lançamos um debate acerca do papel estratégico desempenhado pela psiquiatria neste cenário, em que as disputas sobre fronteiras que demarcam processos inerentes à condição humana não são simples. Nesse subitem, trazemos um pouco da história dos manuais diagnósticos e estatísticos (DSM's) que orientam a psiquiatria, a fim de debater o alargamento das categorias diagnósticas de transtornos mentais somada à expansão de um campo fértil de intervenções técnicas sobre a vida, acarretando consequências nem sempre claras no que tange à concepção de normalidade e patologia. No campo da saúde, em que por vezes as demarcações a respeito de tais noções são nebulosas, é onde aparece com mais força dilemas contemporâneos atravessados pelo conceito de medicalização.

Após essa breve introdução, seguimos aos capítulos de modo que possamos percorrer um dos possíveis caminhos propostos para a articulação de um tema matizado e heterogêneo como é o da medicalização, atravessado por múltiplos sentidos que não são necessariamente excludentes. Esse debate está na cena do dia, perpassando o modo como nos relacionamos e

construímos novos paradigmas sociais e subjetivos, sendo, portanto, de grande importância ao campo da Saúde Coletiva no Brasil – para o qual visamos contribuir com esta pesquisa.

1 AS CRÍTICAS ORTODOXAS À MEDICALIZAÇÃO

Para introduzir este capítulo, reconstruímos brevemente alguns momentos eleitos como significativos no panorama sócio-cultural em que se encontrava a sociedade nas décadas de 1960 e 1970, na ocasião em que surgiram as críticas dos autores trabalhados nesta primeira parte. Embora tenhamos focado a apresentação na análise do pensamento de Irving Zola e Ivan Illich, outros autores foram centrais na composição do contexto destacado, tais como Thomas Szasz, Ronald Laing, David Cooper, Robert Castel, Michel Foucault, Franco Basaglia e Erving Goffman. Estes foram considerados protagonistas de propostas de resistência à diversas formas de opressão que se inseriam num contexto político maior, de certo esgotamento das contestações políticas de cunho marxista, do qual também fez parte o movimento de fortes críticas à psiquiatria, principalmente no tocante à temática da construção social da doença mental.

O traço comum aos movimentos desse período é o caráter de contestação a uma ordem vigente e estabelecida com intuito de enfrentar e desestabilizar um dado padrão social com vistas à afirmação da liberdade e das diferenças, um momento de verdadeira aposta na virada política em prol das margens. Nesse período, houve uma popularização da questão da antipsiquiatria levando a que a loucura, por exemplo, saísse de seu gueto, propiciando um certo recuo de apresentações do racismo que revelavam a própria negação da diferença, conforme afirmou Robert Castel. O autor pontuou que: *A antipsiquiatria foi ao mesmo tempo o sintoma e um dos repositórios de uma nova sensibilidade, segundo a qual as partilhas do positivo e do negativo, do bem e do mal, da respeitabilidade e da indignidade, da razão e da loucura, não são traçadas a priori e não são substancializadas como irreversíveis.* (CASTEL, 1987: p.30). Para Castel, esse avanço representou uma restituição da dimensão humana aos excluídos de toda sorte.

Segundo Bezerra (2007a), os efeitos dessa atmosfera contestatória tiveram forte influência no campo dos saberes *psi*, criando uma condição propícia para o início das reformas no campo do saber psiquiátrico, visto a psiquiatria ter sido tomada como “ícone de uma sociedade repressiva, medicalizadora e alienante” (BEZERRA, 2007a):

Nesse ambiente social de mobilização crítica e inspiração libertária, questões centrais ao campo das ideias e das práticas *psi* foram alvo de enorme debate. Entre

elas podemos destacar: o papel das teorias organicistas no entendimento das doenças mentais; o lugar das intervenções biológicas no tratamento do sofrimento psíquico; a significação e o alcance do diagnóstico psiquiátrico; e o estatuto científico da noção de doença mental. (BEZERRA, 2007a:129).

1.1 O contexto das décadas de 60 e 70

Para localizar as implicações e desdobramentos das críticas erigidas sobre a medicalização, faz-se necessário situar melhor o pano de fundo histórico-cultural da sociedade na ocasião destacada. Esse recorte temporal foi escolhido por abrigar uma série de movimentos simultâneos de resistência, com pensamentos e críticas afinadas com uma aposta de mudanças no “establishment” da época. Lupton (1997) afirma que as críticas à medicalização surgiram inicialmente muito influenciadas pela perspectiva marxista e pelo humanismo liberal subjacentes à emergência de movimentos sociais importantes nas décadas de 60 e 70:

Essas abordagens foram caracterizadas pela ênfase na liberdade individual, nos direitos humanos e na transformação social. Suas críticas sobre o modo como se estruturava a sociedade incluía colocar em questão o papel desempenhado socialmente por membros de grupos poderosos, como as profissões médica e do direito.¹ (Ibid. p.95, tradução nossa)

Segundo Maciel (1999), há uma certa coincidência de ideias nesta época de contestações que contribuíram para endossar as críticas nascentes:

Quando Goffman publica “*Azylums*” (na edição brasileira: Manicômios, Prisões e Conventos), divulgando uma nova perspectiva para análise de ambientes cujas organizações sociais são bastante peculiares, a exemplo das que compõem o título em português, a partir do conceito de “instituições totais”; quando Laing publica “O Eu dividido”, fazendo questionamentos acerca dos princípios que fundamentam a nosografia psiquiátrica; quando Foucault apresenta, com a “História da Loucura”, uma outra visão da constituição histórica da psiquiatria, a qual, por confronto com as que já existiam, se fez irresistível; quando Szasz, com “O Mito da Doença Mental”, propôs que é um erro emprestar aos problemas sociais o status de doença [...]. (MACIEL, 1999: p.24).

Estas publicações são símbolos de uma época em que floresceram críticas de diversos lados formando um campo de ideias questionadoras com repercussões político-culturais

¹ No original: “These approaches were characterised by their emphasis on the importance of individual freedom, human rights and social change. Their critique of the ways that society is structured included calling into question the social role played by powerful and high-status occupational groups such as the legal and the medical profession.”

expressivas. A atmosfera desse momento, a que muitos designaram como contracultura, ecoou para distintos segmentos da sociedade, abrindo também o caminho para as críticas à medicalização ensejadas pelos pensadores destacados nesta pesquisa.

Robert Nye (2003) afirma que este grupo de autores forneceu a muitos estudiosos da década de 70 um corpo de teoria fundado em analogias históricas vivas, que sugeriam essencialmente que: [...] *o processo que fixava os limites de patologia e norma em corpos e comportamento era uma construção social, dependendo fortemente da perícia e do discurso médico.*² (NYE, 2003: p.116). Nos anos 70, quando o termo passou a ser mais comumente utilizado, haviam definições “leves” e “duras” a respeito da medicalização. Para os autores mencionados, ficou claro que a perspectiva do discurso médico somente alimentava uma concepção de razão estabelecida do lado dos ricos e poderosos, enquanto que a desrazão ficava a cargo das margens, isto é, das mulheres, dos loucos, dos pobres, dos negros e das classes criminosas – o que deixava flagrante a existência de uma dissensão de interesses e posições de poder.

Esses autores produziram, segundo Nye, a mais *bela operação intelectual* nomeada como *uma perfeita inversão da posição ortodoxa*. Na visão deles, os “vilões” não eram os loucos, criminosos e pobres como se costumava pensar, mas sim as autoridades científicas, principalmente centradas na figura do médico, que utilizavam sua autoridade e saber para fundar um determinado “establishment” social. Assume Nye: *tais pensadores se opunham à ideia popular de um ‘modelo médico’ de análise social que assumia que patologias sociais e individuais eram expressas sintomaticamente e poderiam ser diagnosticadas e curadas de acordo com uma concepção orgânica de saúde e doença.*³ (Ibid.: p.116).

Segundo Ortega & Gaudenzi, as inspirações no período destacado nasceram influenciadas pelo debate de duas teorias, a “teoria do rótulo” de Becker e a teoria de Talcott Parsons sobre a medicina como uma instituição de controle social. De modo sucinto, lembramos que estas teorias abordaram o tema do desvio a partir de compreensões distintas, sendo para Parsons um fato objetivo a ser curado e administrado pelo controle social médico, e para Becker a consequência de um rótulo socialmente construído. Embora as teorias tenham

² No original: “[...] the process of laying down the boundaries of pathology and norm in bodies and behavior was a social construction depending heavily on medical expertise and discourse.”

³ No original: “These scholars were opposed to the popular idea of a “medical model” of social analysis that assumed that social and individual pathologies were expressed symptomatically and could be diagnosed and cured according to an organic conception of health and disease.”

pontos de vista díspares, ambas tiveram grande influência nas primeiras análises críticas sobre a ideia de medicalização e controle social.

Lupton (1997) ressalta que as primeiras críticas surgiram em parte como uma forma de repúdio ao funcionalismo estrutural de Parsons que dominou a sociologia médica dos anos 50 e início dos 60, sendo uma visão muito conservadora no âmbito político, além de forte partidária da autoridade médica. De acordo com Conrad (2007), Parsons (1951) se dedicou a pensar e defender a função do controle social exercido pela medicina, sublinhando o papel desempenhado por esta na reintegração social de pessoas consideradas doentes.

Há um ponto em comum, para Lupton (1997), entre os críticos da medicalização no momento em que apontaram um paradoxo central em suas análises: o fato da medicina, apesar da iatrogenia e da reconhecida falta de eficácia em tratar uma ampla gama de condições, ter acumulado cada vez mais poder e influência nas sociedades ocidentais. Esse paradoxo foi precisamente assinalado por Irving Zola que se dedicou a pensar de que modo esse poder da medicina se encontrou simultaneamente com um determinado anseio social de que a medicina exercesse esse poder, o que se fez visível pela extensão do rol de comportamentos e hábitos reconhecidos como prejudiciais e não-saudáveis.

De modo geral, autores da época em questão argumentaram que a vida e os problemas sociais eram cada vez mais medicalizados. Em geral, o termo “medicalização”, neste eixo da literatura, foi utilizado em um viés pejorativo, com forte acento negativo sobre a profissão médica especificamente, embora autores como Zola já sinalizassem a necessidade de uma análise mais complexa sobre o fenômeno. Ainda assim, estes autores inauguraram críticas e observações imprescindíveis que embasaram formulações posteriores sobre o tema.

Lupton comenta que as críticas à medicalização foram apropriadas por diversos grupos, inclusive aqueles interessados na perspectiva da luta de classes que, para os críticos, desvelava uma relação desigual entre médico e paciente em favor de uma ideologia capitalista dominante. Outra vertente interessada no tema foi o movimento feminista, que concebia a profissão médica como uma instituição patriarcal ocupada das definições de doença e enfermidade. Para este grupo, tais demarcações visavam manter a desigualdade das mulheres ao falarem de suas fraquezas e suscetibilidades à doença, e ao destituírem estas do protagonismo diante de processos como a gravidez e o parto, previamente pertencentes ao domínio feminino. (LUPTON, 1997).

Situar o pano de fundo e os fatores sociais que estimularam a medicalização é determinante, e mesmo uma condição, para a compreensão deste fenômeno. De acordo com

Conrad (1992), há muito tempo sociólogos se debruçam sobre esses fatores, destacando alguns acontecimentos como marcos importantes deste contexto. São estes:

A diminuição da religião, uma fé inabalável na racionalidade e progresso da ciência, aumento do prestígio e poder da profissão médica, a propensão americana para soluções individuais e tecnológicas para os problemas, e uma tendência geral humanitária nas sociedades ocidentais.⁴ (CONRAD, 1992: p.213, tradução nossa).

Conrad remete a Irving Zola a análise sobre a ascensão da crença na medicina e o descrédito seguido do declínio da religião, dizendo que: *inúmeras condições tem sido transformadas do pecado para o crime e a doença. [...] O argumento é que a secularização conduz à medicalização.*⁵ (CONRAD, 1992: p.213). Longe de explicarem as razões do crescimento da medicalização, esses fatores fornecem aspectos contextuais determinantes para a análise, dos quais Conrad ressalta a secularização e a mudança de *status* da profissão médica.

Com relação à secularização, podemos frisar brevemente a perspectiva de Conrad (1992) sobre como algumas condições e situações perderam o enfoque primordialmente religioso e moral, como o suicídio, a homossexualidade, a infertilidade e a anorexia, adentrando o terreno da medicalização, isto é, passando a compor o quadro de doenças. Diferente do que se costumava pensar a respeito da relação entre medicina e religião, Bull (1990) afirma não ser verdadeiro que grupos religiosos resistam necessariamente à medicalização e à secularização, podendo, ao contrário, terem relações por vezes ambivalentes com esses processos⁶. Segundo o autor, o que acontece com a secularização não é o desaparecimento da religião, mas sim uma redistribuição das funções religiosas: há o declínio de tradições estabelecidas ao passo que novas crenças ganham lugar. Inspirado em Bull (1990), Conrad lembra também que: *embora seja verdadeiro que a medicina vem de modo significativo colocando de lado a religião enquanto referência moral, a interface entre medicina e religião é mais complexa do que sugere uma simples tese da secularização.*⁷

⁴ No original: “the diminution of religion, an abiding faith in science, rationality, and progress, the increased prestige and power of the medical profession, the American penchant for individual and technological solutions to problems, and a general humanitarian trend in western societies.”

⁵ No original: “Many conditions have become transformed from sin to crime to sickness. [...] The argument is that secularizations leads to medicalization.”

⁶ Cf. BULL, 1990.

⁷ No original: “While it is true that medicine is in importante ways nudging aside religion as our moral touchstone, the interface of medicine and religion is more complex than a simple secularization thesis would suggest.”

(Ibid., p.214). A secularização de que falamos e a consequente transposição dos problemas do campo moral e religioso ao campo das doenças não parece ter atenuado de todo as exigências de redenção do indivíduo. A medicina assumiu esse lugar tornando-se uma potente detentora de saberes, além de árbitra de situações que extrapolam suas competências.

Apresentaremos, a seguir, a perspectiva de Ivan Illich (1975; 1999) e Irving Zola (1972) como representantes das críticas mais incisivas à medicalização, sendo, inclusive, considerados protagonistas das primeiras teorizações sobre o tema. Um marco importante destes é a eleição da medicina como principal alvo de críticas em função da invasão excessiva desta sobre um raio cada vez maior da vida cotidiana.

Na primeira parte do presente capítulo, veremos uma afinidade de pensamento entre os autores abordados no que se refere a uma percepção da medicalização enquanto controle social, em que especificamente a profissão médica desempenha o papel principal. Fica clara a existência de um consenso com relação à concepção de medicalização como uma expansão da medicina para inúmeros domínios da vida, bem como resultado de malefícios derivados do próprio exercício profissional. Ivan Illich, por exemplo, lança mão do conceito de iatrogenia e fala em três níveis em que esta pode ser analisada, enquanto Irving Zola critica o fato da medicina ter deslocado problemas do âmbito da moral e - não sem consequências - ter ocupado ela mesma um novo lugar de verdades.

Outro importante autor deste período, que não podemos deixar de mencionar, é o crítico Thomas Szasz, único pensador que, curiosamente, era reconhecido como conservador em um cenário de contestações influenciado pelos ideais do Marxismo. Embora o autor não tenha se dedicado explicitamente a teorizar sobre a medicalização, desenvolveu críticas e ponderações importantes que contribuíram para as discussões do campo da antipsiquiatria, por exemplo, com o livro “O mito da doença mental” lançado em 1961. Antes mesmo de falar em medicalização, suas críticas serviram de inspirações para muitos autores, além de terem sido referência em ensaios sobre o conceito, considerando que suas provocações na época, dirigidas incisivamente à falta de consistência teórica da psiquiatria, tiveram repercussões públicas e resvalaram para outros campos.

Em 1972, o autor publicou um pequeno texto na revista *The Lancet* em que insistia no fato de que comportamentos problemáticos ou maus hábitos não significavam, necessariamente, doenças. No artigo, Szasz utiliza o exemplo de um apelo da época para que se transformasse o uso de álcool em doença e como argumento insiste em uma indagação que

pode ser reconhecida como símbolo de sua obra a respeito da inconsistência do conceito de doença mental: *com certeza, é impossível discutir o que é e não é uma doença, sem um acordo sobre como devemos usar a palavra doença. Primeiro, então, deveríamos distinguir – assim como médicos e pacientes, e na própria linguagem - entre doença física e mental.*⁸ (SZASZ, 1972: p.83).

O questionamento a respeito dos limites definidores de uma doença foi matéria de inquietação para Thomas Szasz. O mesmo acreditava que doenças eram ocorrências físicas que afetavam somente o corpo e não a mente. Em consequência, falar em doença mental era apenas uma metáfora, sendo esta, portanto, um mito. Szasz assegura ainda que no século passado: *as ciências médicas avançaram como nunca antes na história; porém, moralmente, a profissão médica caiu em tempos ruins. Em todo lugar, permitiu-se escravizar pelo Estado; ao mesmo tempo, invadiu a liberdade dos pacientes, tornando-os, por sua vez, escravos do médico.*⁹ (Ibid.: p: 84). Numa época contestatória profícua, Szasz criticava essencialmente a repressão institucional e o uso abusivo do poder da medicina que se permitia tratar involuntariamente pacientes, retirando destes sua liberdade. Ele criticava radicalmente todo tipo de incursão da psiquiatria na liberdade civil dos indivíduos. No limite, a posição de Szasz se aproximava de um individualismo liberal por considerar que o Estado não podia interferir no direito inalienável do indivíduo em decidir sobre a sua própria vida.

Segundo comentadores como Lupton (1997) e Clarke (2010), alguns autores deste tempo consideraram o fenômeno da medicalização como uma ação assimétrica. Para Lupton, ficava implícito nas formulações dessa época uma noção de indivíduos situados em uma posição de suplicantes vulneráveis quando buscavam a atenção médica, com poucas possibilidades de contestar decisões profissionais. (LUPTON, 1997). Nesta linha, a relação médico-paciente era considerada assimétrica em função das diferentes posições de poder, ocupadas de um lado por grupos que detém a autoridade – em geral, a medicina era eleita a figura central neste lugar – e por outro por grupos em desvantagem. Nesse sentido, tais comentadores avaliam que os autores trabalham tendo como horizonte de análise uma “tese da assimetria”.

⁸ No original: “It is impossible, of course, to discuss what is and is not illness, without agrément on how we shall use the word ‘illness’. First, then, we must distinguish – as do both pysicsians and patients, and as our language does – between bodily and mental illness.”

⁹ No original: “The medical sciences have advanced as never before in history; yet, morally, the medical profession has fallen upon bad times. Everywhere, it has allowed itself to be enslaved by the State; at the same time, it has encroached on the liberties of the patients, making them, in turn, the slaves of the doctors.”

Faz-se importante ressaltar de antemão que, apesar de alguns comentadores filiarem os autores deste capítulo a uma “tese da assimetria”, não encontramos na literatura primária menção ou uma adesão clara dos mesmos a tal perspectiva. Contudo, como o intuito da dissertação é apresentar uma paisagem geral dos debates, optamos por referir à existência dessa concepção no campo como uma visão atribuída pelos comentadores. Em nossa interpretação, não se trata de uma noção adotada nomeadamente pelos críticos em si, sendo, portanto, apenas mais uma dentre as possíveis vias de leitura das críticas ortodoxas por comentadores e estudiosos do assunto.

1.2 A crítica de Irving Zola: “viver é prejudicial à saúde?”

Como referido anteriormente, Irving K. Zola é considerado um dos precursores da utilização do termo “medicalização” e uma referência importante no campo da sociologia da saúde. Em seu texto “Medicina como uma instituição de controle social” de 1972, desenvolveu argumentos para fundamentar a preocupação sobre o papel crescente da medicina enquanto uma instituição de controle social e um “armazém” de verdades, onde julgamentos eram feitos em nome da saúde por *experts* objetivos e moralmente neutros. Segundo ele, isso não ocorria diretamente em função do poder político ou devido a influência que profissionais médicos possuíam. Tratava-se, essencialmente, de: *um fenômeno insidioso e muitas vezes pouco dramático realizado ao se “medicalizar” muito da vida diária, fazendo da medicina e dos rótulos 'saudável' e 'doente' relevantes para uma parcela cada vez maior da existência humana.*¹⁰ (ZOLA, 1972: p.487).

Embora mais atento aos processos sociais em jogo nessa questão, Zola, assim como Ivan Illich, sustentava a tese de que a medicina exercia de forma vertical o poder sobre os indivíduos, sendo, portanto, um dos autores que comungam com a tese da medicalização enquanto um processo que se dá por meio de uma distribuição desigual de poder.

Muitos autores tributaram esse fenômeno ao campo da medicina psiquiátrica especificamente, o que Zola considera como mal colocado por não se tratar disso apenas e tampouco de um “imperialismo” de profissionais. Ao reconstruir a perspectiva histórica deste fenômeno, Zola afirma que ao buscarmos o “porquê” desse processo veremos que: *isso está*

¹⁰ No original: “an insidious and often undramatic phenomenon accomplished by 'medicalizing' much of daily living, by making medicine and the labels 'healthy' and 'ill' *relevant* to an ever increasing part of human existence.”

*enraizado em nosso sistema de tecnologias e burocracias cada vez mais complexo - um sistema que nos levou para o caminho da dependência relutante no especialista.*¹¹ (ZOLA, 1972: p.487).

Em uma perspectiva histórica, o autor apontou como o envolvimento da medicina na gestão social não foi uma novidade que apareceu de repente, considerando que a prática em si da medicina esteve sempre entrelaçada à sociedade. Este envolvimento pode ser melhor ilustrado por dois braços da medicina, o da psiquiatria e da saúde pública - medicina preventiva. (ZOLA, 1972). Para ele, a saúde pública esteve sempre engajada em transformar aspectos sociais da vida desde os sanitários até as condições de trabalho, frequentemente a partir de um braço do Estado, como pelas leis ou pelo poder legal para garantir projetos de vacinação e quarentena, por exemplo. Já a psiquiatria tornou-se a perspectiva mais dominante para lidar com aqueles reconhecidos com os desviantes sociais. (Idem, Ibidem: p.488).

No tópico sobre o “mito da responsabilidade”, Zola argumentou que o sucesso do “modelo médico” devia-se à suspensão da condenação moral do indivíduo. Neste ponto, fala de uma importante transformação social quanto ao fato da medicina ter posto de lado e destituído a religião como forma de controle social e ideologia moral dominante, e trazido por sua vez os problemas para o controle médico-científico. Zola sublinha, com isso, que a medicina assumiu o lugar de “regulação social” antes ocupado por instituições tradicionais como a religião e pela Lei. (ZOLA, 1972; LUPTON, 1997). Zola afirma, ainda, em seu texto que:

A suposição é prontamente construída de que o envolvimento médico em problemas sociais leva a sua remoção do exame religioso e legal e, portanto, das consequências morais e punitivas. Por sua vez, os problemas são colocados sob controle médico e científico e, logo, em circunstâncias objetivas e terapêuticas.¹² (ZOLA, 1972: p.489, tradução nossa).

A “esperança” com relação a essa substituição parecia remeter a dois pontos-cegos históricos e culturais relacionados ao que se compreende por responsabilidade moral e punição¹³. Este anseio acabou ofuscando o fato de que a remoção de determinada abordagem e a substituição por novos padrões não garante, necessariamente, que a permuta seja de todo

¹¹ No original: “it is rooted in our increasingly complex technological and bureaucratic system - a system which has led us down the path of the reluctant reliance on the expert.”

¹² No original: “The assumption is thus readily made that such medical involvement in social problems leads to their removal from religious and legal scrutiny and thus from moral and punitive consequences. In turn the problems are placed under medical and scientific scrutiny and thus in objective and therapeutic circumstances.”

¹³ Cf., ZOLA, 1972.

benéfica. Com isso, o autor frisou que embora seja verdadeiro que os indivíduos não são mais diretamente condenados por suas doenças, ao que parece essa condenação foi apenas deslocada e não suspensa da cena de etiologias dos problemas:

Apesar do caráter imoral não ser mais demonstrado pelo fato de se ter uma doença, este se torna evidente pelo que o indivíduo faz sobre isso. Sem parecer absurdo, se listadas as características das pessoas que quebram os compromissos, que deixam de seguir um regime de tratamento, ou mesmo que demoram a buscar ajuda médica, encontra-se uma longa lista de ‘falhas pessoais’.¹⁴ (ZOLA, 1972: p.490, tradução nossa).

Já naquela época Zola assegurou que as questões da responsabilidade individual e da moralidade não foram totalmente extintas, visto que ao mesmo tempo em que a expressão “doença” era utilizada para se referir a uma “responsabilidade diminuída” em um amplo campo de fenômenos, a questão da “responsabilidade individual” parecia ressurgir dentro da própria medicina. Especialmente quando se fala nas questões psicossomáticas e no estresse, são indivíduos e *não bactérias* – como ironiza o autor – que são trazidos para a cena do debate e conseqüentemente o papel desempenhado por estes com relação ao próprio adoecimento ou incapacidade.

O próprio Zola chegou a conduzir um experimento a fim de saber como pessoas que haviam ficado doentes ou machucadas comunicariam essa experiência a uma criança com menos de cinco anos. O resultado é que as respostas revelavam de forma clara a existência de uma batalha moral, o que levou o autor a concluir que: *apesar das esperanças do contrário, a retórica da doença por ela mesma parece não fornecer a absolvição da responsabilidade individual, da prestação de conta e do julgamento moral.*¹⁵ (ZOLA, 1972: p.492). Zola sugere, então, que talvez a medicina não seja desprovida de um potencial para a moralização e para o controle social.

No que se refere à medicalização da sociedade, é possível apontar, pela leitura de Zola, diferentes formas de caracterizar o processo em que a medicina passa a expandir seu território para além do campo das doenças. Esse ‘*attaching*’ process, como chama o autor, é analisado a partir de quatro pontos: (1) por coisas que na vida podem ser consideradas relevantes para o bom exercício da medicina; (2) pela detenção do controle absoluto sobre certos procedimentos tecnológicos; (3) pelo controle quase absoluto do acesso a algumas

¹⁴ No original: “Though his immoral character is not demonstrated in his having a disease, it becomes evident in what he does about it. Without seeming ludicrous, if one listed the traits of people who break appointments, fail to follow treatment regimen, or even delay in seeking medical aid, one finds a long list of ‘personal flaws’.”

¹⁵ No original: “despite hopes to the contrary, the rhetoric of illness by itself seems to provide no absolution from individual responsibility, accountability and moral judgment.”

áreas tabus; e (4) pela expansão do que na medicina é considerado relevante para a boa prática da vida. (ZOLA, 1972: p.493).

Sobre o (1) primeiro ponto, o destaque é a existência de uma mudança no compromisso da medicina no que diz da passagem de um modelo específico de etiologia da doença para um multi-causal, o que expandiu aquilo que pode ser importante para a compreensão, tratamento e prevenção de doenças. O autor, nesse ponto, estava preocupado com uma expansão no interesse da medicina que extrapolava o conhecimento de sinais e sintomas e se estendia a conhecer a vida diária dos pacientes por completo. A ideia era a de que: *para reabilitar ou pelo menos aliviar muitos dos estragos da doença crônica, tornou-se cada vez mais necessário intervir para mudar permanentemente os hábitos de vida dos pacientes – sejam estes de trabalhar, dormir, brincar e comer.*¹⁶ (ZOLA, 1972: p.493).

Na visão de Zola (1972), a medicina era capaz de exercer algumas formas de controle e intervenção social mesmo quando se restringia a tratar seus problemas mais tradicionais, como as doenças cardíacas e o câncer. Tal expansão através da perspectiva preventivista favorecia a antecipação de problemas que nem mesmo davam sinais. A medicina entrava em ação com os pacientes em potencial quando eles se sentiam bem e não mal, padecendo de algum tipo de sofrimento. A ideia geral da prevenção primária desempenhou um papel central na profundidade com que a medicina adentrou a cena da vida. Nesse ponto, fica flagrante o ganho de um retorno ao pensamento de Zola na compreensão do fenômeno da medicalização, considerando o caráter atual das formulações quanto à prevenção e risco.

O segundo ponto (2) trata das habilidades da medicina, isto é, da própria prática referente ao direito de fazer operações e prescrever medicamentos. Ambos os direitos conduzem a medicina muito além da preocupação com as doenças orgânicas tradicionais. No campo das cirurgias, a ação médica ultrapassa o campo da correção de deformações congênitas ou traumáticas, por exemplo, para se ocupar da criação de novas propriedades físicas. (ZOLA, 1972: p.494). É precisamente neste item da discussão que o autor introduz sua crítica ao alargamento do campo de atuação profissional aludindo ao processo pelo qual a medicina se ocupa de questões estéticas, como as cirurgias plásticas, o tratamento de rugas faciais, sardas, enfim, questões associadas ao que seria o processo ‘natural’ de envelhecimento. Já no campo da prescrição de medicamentos, o aumento no consumo de remédios não vem do tratamento das doenças orgânicas, mas sim dos chamados “estados

¹⁶ No original: “To rehabilitate or at least alleviate many of the ravages of chronic disease, it has become increasingly necessary to intervene to change permanently the habits of a patient's lifetime — be it of working, sleeping, playing or eating.”

psicossociais”, isto é, utilizam-se medicamentos para dormir, para acordar, para aumentar o interesse, para diminuir apetite e etc. (ZOLA, 1972). Ou seja, o consumo não se dava em função de patologias, mas sim em pessoas que talvez fossem caracterizadas como saudáveis; outra ponderação que pode ser lida como um certo anúncio de preocupações que se esboçam ao final dessa dissertação.

Zola comenta que foi a partir dessa expansão da medicina que nasceram as soluções para todo tipo de estados de espírito. Segundo ele:

No direito exclusivo de prescrever e, portanto, regular e pronunciar-se a respeito de medicamentos, o poder do médico é ainda mais impressionante. [...] o aumento no consumo medicamentos ao longo dos últimos dez anos não se deu no campo do tratamento de qualquer doença orgânica, mas sim no tratamento de um grande número de estados psicossociais.¹⁷ (ZOLA, 1972: p.495, tradução nossa).

No terceiro ponto (3), sobre o acesso quase exclusivo a algumas áreas consideradas tabus, Zola critica o fato da medicina possuir uma “licença exclusiva” para tratar das questões mais íntimas e profundas do indivíduo. Processos naturais como o envelhecimento e a gravidez, antes considerados normais, e a dependência de drogas e o alcoolismo, antes considerados fraqueza pessoal, mudaram: surgiram novas especialidades da medicina para dar conta dessas novas questões, enquadradas enquanto problemas de ordem médica. (ZOLA, 1972). O argumento teórico foi que a partir deste alargamento do envolvimento da medicina com questões de naturezas variadas, cresceu também a possibilidade de serviços médicos para milhares de pessoas, estando estas com problemas pessoais, sociais e etc.

Por fim, o último ponto (4) é considerado o mais relevante. O autor alude ao trabalho de Barbara Wootton (1897–1988) referindo-se à utilização da retórica e das evidências médicas para argumentar avanços em qualquer causa, afirmando que: *atualmente, o prestígio de qualquer proposta é imensamente aprimorado, se não for justificado, quando se expressa na linguagem da ciência médica.*¹⁸ (ZOLA, 1972: p.496). Neste ponto, a preocupação do autor fica mais evidente por discutir como o avanço do processo medicalizante se dá de modo menos manifesto, podendo ser até mesmo mascarado, por vir através de “razões de saúde”.

Zola já apontava, desde o início, para uma transformação que pode ser entendida como um giro dos processos de medicalização, que não se referem somente ao terreno das

¹⁷ No original: “In the exclusive right to prescribe and thus pronounce on and and regulate drugs, the power of the physician is even more awesome. Forgetting for the moment our obsession with youth's 'illegal' use of drugs, any observer can see, judging by sales alone, that the greatest increase in drug use over the last ten years has not been in the realm of treating any organic disease but in treating a large number of psychosocial states.”

¹⁸ No original: “today the prestige of *any* proposal is immensely enhanced, if not justified, when it is expressed in the idiom of medical science.”

doenças, mas sim à saúde. Uma das consequências disso é que inúmeras atividades cotidianas passam a estar atreladas à saúde, sedimentando com isso o quadro de crescimento aparentemente infinito dos aparatos da medicina sobre a vida. Para o autor (1972), as razões para isso foram inúmeras, e não tinham a ver exclusivamente com a expansão da medicina para lidar com novos problemas, pelo comprometimento médico na busca por novas doença, ou mesmo pelo fato da própria sociedade colaborar com a produção de novas doenças. Para ele: *o estímulo empírico mais poderoso para isso é a constatação do quanto cada pessoa tem ou acredita ter algo de errado consigo organicamente ou, para colocar de forma mais positiva, o quanto pode ser feito para fazer alguém sentir, ver e funcionar melhor.*¹⁹ (Id., Ibid: p.497). Em nossa leitura, fica claro que a expansão dessa dimensão de que é sempre possível fazer algo para melhorar a vida do indivíduo é o ponto-chave da análise de Zola a respeito do tema da medicalização.

A aceitação e o modo como essas percepções ganharam lugar no panorama de vida não se deu de forma simples. A incorporação progressiva dessa desconfiança de que há algo de errado a nível do indivíduo foi proporcionada, sobremaneira, pela literatura científica, farmacológica e médica que veicula – até hoje – abertamente contra-indicações sobre atividades da vida designadas como não-saudáveis. A partir disso, ganhou corpo o que o autor chama de uma crença na “onipresença dos transtornos”. (Id. Ibid.: p.498). Assim, inúmeras atividades e situações passaram a ser contra-indiciadas à saúde - sexo, comidas, roupas, direção, qualquer coisa poderia conduzir a problemas médicos. É precisamente nesse ponto que Zola diz estar convencido de que “viver é prejudicial à saúde” e assim ressalta que:

Esses fatos assumem uma importância particular, não apenas quando a saúde se torna um valor fundamental na sociedade, mas também um fenômeno cujo diagnóstico e tratamento tem sido restrito a um determinado grupo. Por isso entende-se que esse grupo, talvez inconscientemente, está em uma posição de exercer grande controle e influência sobre o que devemos e não devemos fazer para atingir esse valor primordial.²⁰ (Idem, Ibidem: p.498, tradução nossa).

A questão central do autor quanto à rotulação de situações em termos de saúde e de doença é a consequente despolitização de um problema. Para ele – e é este um dos pontos compartilhados com outros autores desta seção – situar os problemas, as causas e tratamentos

¹⁹ No original: “The most powerful empirical stimulus for this is the realization of how much everyone has or believes he has something organically wrong with him, or put more positively, how much can be done to make one feel, look or function better.”

²⁰ No original: “These facts take on particular importance not only when health becomes a paramount value in society, but also a phenomenon whose diagnosis and treatment has been restricted to a certain group. For this means that that group, perhaps unwittingly, is in a position to exercise great control and influence about what we should and should not do to attain that 'paramount value'.”

em um nível individual significa obliterar outros níveis de intervenção. Por conta disso, o debate sobre homossexualidade, uso de drogas e aborto, como cita o autor, torna-se focado no grau de doença ligada ao fenômeno em questão, ou a extensão do risco para a saúde. O problema disso é que assume-se como verdade o fato de que um determinado comportamento significa uma doença, que esta tem que *a priori* ser algo indesejável e com isso, questões a respeito da liberdade individual sobre o próprio corpo são relegadas a segundo plano. (ZOLA, 1972).

Esse tópico, sobre a diminuição da liberdade, assemelha-se a outro discutido por Illich a respeito da produção de dependência em que os indivíduos se vêm cada vez mais subordinados e norteados pela ideologia médica. Esse ponto a que chegamos com a discussão já conduz ao próximo, visto que pelo pensamento de Illich (1999), num texto mais atual, podemos nos deparar com o tema da obsessão pela saúde perfeita no mundo contemporâneo:

O sistema médico cria incessantemente novas necessidades terapêuticas. Mas quanto maior a oferta de saúde, mais as pessoas crêem que têm problemas, necessidades, doenças. Elas exigem que o progresso supere a velhice, a dor e a morte. Isso equivale à própria negação da condição humana. (ILLICH, 1999).

A busca por esse estado de plenitude da saúde pode ser remontada à definição da OMS – Organização Mundial de Saúde, após a II Guerra Mundial, quando esta aponta que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Scliar (2007) sublinha que a amplitude da definição cunhada pela OMS deu margem para inúmeros questionamentos: *de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.* (SCLIAR, 2007: p.37).

É notório, ao trazermos essa discussão iniciada anos atrás para a atualidade, o fato de que o investimento na saúde perfeita parece retratar de modo mais sutil a força do saber especializado sobre a vida, ao serem ditados os modos de ser, de comer, de agir e de viver de uma população, tal qual censura Illich (1975). Como pensar criticamente a existência de inúmeros programas de promoção de saúde hoje? Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, da Gestante, da Criança e outros. Ao provocarmos a discussão com estes exemplos, temos como objetivo pensar a existência de novas possibilidades de apropriação da experiência humana, agrupadas por fases ou condições de vida. Através das próprias práticas de saúde, e pela ênfase sobre a adoção de determinadas rotinas de vida, podemos ver surgir uma certa padronização do viver em nome da busca pelo ideal da saúde perfeita. Em tempos atuais, a

discussão a respeito da “promoção de saúde” encontra outra sobre a prevenção de riscos, que vem despontando mais intensamente com os dilemas a respeito da quinta versão do DSM²¹ em psiquiatria e, em consequência, da atenção sobre doenças que podem vir ou não a existir, além da ênfase na indicação de modos saudáveis de vida capazes de levar a uma saúde “mais que perfeita”.

1.3 A perspectiva de Ivan Illich: iatrogenia e imperialismo médico

A obra privilegiada na sistematização do pensamento de Ivan Illich é o livro *A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina*, de 1975, por suas ruidosas ressonâncias na época, que o transformaram em uma leitura clássica sobre o tema da medicalização. Neste livro, o autor constrói uma forte crítica à medicina moderna ao afirmar a existência de uma invasão excessiva desta na vida, o que é visto como uma ameaça maléfica à saúde.

De um modo geral, Illich acreditava que o mundo sofria de uma interferência exagerada e invasiva da medicina na vida, o que ameaçava a verdadeira vida humana. O autor dedicou-se a denunciar os descaminhos da medicina e os riscos acoplados aos avanços tecnológicos. A crítica do autor voltava-se àquilo que chamou de ‘colonização médica’, isto é, uma espécie de ameaça à capacidade do próprio indivíduo de responder à dor, à doença e à morte de maneira autônoma. O recurso ao tratamento especializado do sofrimento humano, na visão do autor, suprimia o significado íntimo da vivência pessoal ao situá-la como um problema de natureza técnica.

Podemos dizer que Ivan Illich e Irving Zola compartilham a percepção de que a medicalização tem a ver com um excesso de medicina, uma ampliação da jurisdição médica para diferentes domínios da vida. Outros autores concordam, embora a partir de diferentes pontos de vista, com a importância de se localizar esse momento de alargamento da medicina, por considerarem que a expansão desta jurisdição é um dos fatos mais significativos em termos de transformações ocorridas no século XX. (CLARKE *et al*, 2010).

Logo na abertura de seu livro, Illich adverte que a “invasão da medicina não reconhece limites” (ILLICH, 1975: p.9), o que o autor chega a designar como a manifestação de um *sacerdócio sanitário* capaz de revelar-se tanto pela dependência pessoal, quando indivíduos se tornam consumidores de saúde, quanto pela medicalização da sociedade. A ideia era a de que

²¹ A quinta versão do DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, com publicação prevista para o presente ano de 2013.

a “medicina mórbida” era resultado desse “sacerdócio sanitário”. Em seu livro, assegurou que:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra *saúde*; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. (ILLICH, 1975: p.10).

Vemos na obra de Illich uma grande preocupação relativa à dependência dos cuidados em saúde e a conseqüente diminuição da autonomia do indivíduo. Illich tentou chamar atenção para o fato de que quando a intervenção da medicina ultrapassa um determinado limiar através da soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam doenças específicas de uma população, esta acaba minimizando, conseqüentemente, uma condição global de saúde pelo fato de reduzir justamente o que constitui a própria saúde, que é a *autonomia pessoal*. (ILLICH, 1975: p.15). Este, para o autor, é um dos fatores centrais na identificação da medicalização como malsã.

Dentre os conceitos operacionais utilizados no livro de 1975, destacamos principalmente o de iatrogênese, que dialoga com outra ideia bastante utilizada que é a de autonomia - na medida em que interfere diretamente nesta. Ao analisar a “empresa médica”, Illich pontua alguns aspectos “nefastos” capazes de ilustrar o porquê da medicina ter ocupado o lugar de maior perigo à saúde. Nesta perspectiva de que a medicina causa danos, o autor lança mão de uma das ideias centrais em suas críticas, a de iatrogênese – *iatros* (médico) e *genesis* (origem) – para designar uma nova possibilidade de epidemia de doenças decorrentes da própria ação da medicina:

Atos médicos e programas de ação sanitária resultaram em fontes de nova doença: a iatrogênica. Enfermidade, impotência, angústia e doença provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais constituem uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante a menos reconhecida. (ILLICH, 1975: p.14, grifo nosso).

O autor utiliza o nome *iatrogenia* para, segundo ele: *designar os efeitos não desejados provocados pela empresa médica sobre a saúde, não apenas por seu impacto direto mas igualmente pelas transformações que opera ao nível social e ao nível simbólico*. (Ibid. p.32). Em uma análise mais ampla, a doença iatrogênica é reconhecida por enquadrar condições das quais profissionais médicos, hospitais e medicamentos funcionam como os agentes patogênicos. Tal noção é trabalhada na década de 70 em três diferentes níveis de danos causados ao homem pela desmedida da empresa médica.

1.3.1 A iatrogenia clínica

O primeiro nível trata da *iatrogênese clínica*, que concerne aos problemas oriundos da ação técnica/terapêutica do próprio cuidado à saúde. Isto é, são os efeitos secundários não desejados do uso de medicamentos, as intervenções cirúrgicas desnecessárias, as negligências médicas e outros. Antes de mencionar a iatrogênese clínica, Illich já havia preparado o terreno para essa crítica quando discorreu sobre a etiologia e evolução de algumas moléstias como uma provocação a respeito da ideia de “progresso” da medicina para afirmar que alguns determinantes globais de saúde não estão diretamente ligados a atos médicos, e com isso, ponderou que a existência de um aparelho técnico imposto: *criou a perigosa ilusão de uma correlação ‘natural’ entre a intensidade do ato médico e a frequência das curas. Essa hipótese, que apesar de tudo é o alicerce da prática médica contemporânea, jamais foi provada cientificamente.* (Ibid. p.27).

Essa avaliação o levou a considerar que um dos maiores danos que a empresa médica causava à sociedade era o seu impacto negativo, a própria iatrogênese, e não exatamente a inutilidade de seus cuidados. Na discussão sobre a iatrogênese clínica e os danos infligidos pelos médicos, o autor marca ainda uma diferença importante que é a transformação do médico artesão – que trabalhava com indivíduos que reconhecia pessoalmente – em médico técnico que trabalha com a aplicação de regras científicas a categorias de doentes. Essa transformação levou a que: *num hospital em que a técnica é complexa, a negligência se transforma em erro humano ‘aleatório’, a insensibilidade em ‘desinteresse científico’, e a incompetência em ‘falta de equipamento especializado’.* (Ibid. p.37).

A partir disso, o autor aponta a modificação maior, a respeito do novo *status* concedido às falhas, que é o fato de que: *a despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico.* (Id. Ibid.).

1.3.2 A iatrogenia social

O segundo nível é o da *iatrogênese social* que concerne aos danos causados no âmbito da sociedade e que, portanto, pode ser compreendido pelo prisma da medicalização social.

Este refere-se primordialmente aos efeitos prejudiciais do impacto social da medicina, e não aos seus atos técnicos como acontece na iatrogenia clínica, vista acima. O autor observou que:

A saúde do indivíduo sofre pelo fato da medicalização produzir uma sociedade mórbida. A *iatrogênese social* é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta. A instituição médica está sem dúvida na origem de muitos sintomas clínicos que não poderiam ser produzidos pela intervenção isolada de um médico. Na essência a iatrogênese social é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio. (Ibid. p.43, grifo nosso).

O livro (1975) traz diversos exemplos dos quais nos deteremos em alguns a fim de ilustrar o intuito da discussão proposta pelo autor. O primeiro é o exemplo da medicalização do orçamento como um dos maiores indicadores desse tipo de iatrogenia por denunciar que, diferente do que se costumava pensar, o nível de saúde não aumenta com o crescimento das despesas médicas. Aos olhos do autor, é justamente o progresso da medicina moderna que diminui o domínio do indivíduo sobre a salubridade em diversos âmbitos da vida, como o trabalho, o lazer e a alimentação, por exemplo.

A medicalização do orçamento sinaliza uma forma de iatrogênese social na medida em que reflete equivocadamente: a *identificação do bem-estar com o nível de saúde nacional bruta e a ilusão de que o grau de cuidados no campo da saúde é representado pelas curvas de distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutica*. (Ibid. p.50). Esta saúde nacional bruta é identificada por uma espécie de mercantilização produzida por profissionais que tornam praticamente obrigatório o consumo de seus produtos e, logo, eliminam da vida cotidiana as escolhas alternativas - tema que o autor explorou mais profundamente ao falar do orçamento em saúde nos EUA. Com isso, Illich garantiu que um dos maiores danos causados envolve a submissão à relação terapêutica, que seria a própria crença de que as pessoas não têm condições de lidar com a doença sem passar pelo crivo da medicina moderna. Afirma: *é o volume global da medicalização que reduz o nível de saúde*. (Ibid. p.50).

Todo esse debate traduz a preocupação referente a esse tipo de iatrogenia, em que o maior prejuízo causado é a *produção de dependência*, na qual a população se torna cada vez mais condicionada às imposições e prescrições oriundas da ideologia médica:

A proliferação dos profissionais de saúde não é má só porque os médicos produzem lesões orgânicas ou distúrbios funcionais: ela o é sobretudo porque eles produzem dependência. Esta dependência em face da intervenção profissional tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem. (ILLICH, 1975: p.50).

Neste nível de análise, o autor destacou também o exemplo da invasão farmacêutica, descrevendo os medicamentos como “armas” e atribuindo o alto índice de uso destes, principalmente, à figura do profissional médico. O autor se mostra preocupado com os efeitos sociais nas atitudes de médicos e dos indivíduos em função do consumo exacerbado de medicamentos. A crítica se volta ao fato do médico pesquisar os efeitos das drogas às expensas da saúde do indivíduo, ao mesmo tempo em que esse mesmo indivíduo submete seu organismo à uma regulação heteronômica, o que significa a passagem ao lugar de paciente. (ILLICH, 1975).

Illich realçou o controle social pelo diagnóstico como outra forma de iatrogênese social resultante da medicalização de categorias sociais, garantindo que: *um bom exemplo desse atentado ao controle pessoal sobre o organismo e ao direito de modificar um ambiente que o entrava é a etiquetagem iatrogênica de diferentes idades da vida humana.* (Ibid. p.56). Na cultura popular isso favorece que se conceba como natural o fato das pessoas necessitarem de cuidados médicos de rotina pelo evento comum de serem gestantes, recém-nascidos, idosos e etc. Para o autor, chegar a esse ponto significa que: *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.* (Ibid.: p.57).

O autor censurou a medicalização de distintas fases e estados da vida, em que indivíduos em idades diversas vão se encaixando em categorias de pacientes e ocupando um meio ambiente específico para otimizar a “saúde-mercadoria”. Illich comenta, por exemplo, que houve uma medicalização da velhice sem que isso modificasse em contrapartida a esperança de vida. Esta passou a ser vista como um “problema geriátrico” e isso é capaz de demonstrar que: *a medicalização da velhice é um exemplo dos riscos a que a especialização médica submete o público ao organizá-lo em categorias de pacientes. Todas as idades são medicalizadas, tal como o sexo, cociente intelectual ou a cor da pele.* (Ibid.: p.59). Irving Zola também já havia citado acima a medicalização do que costumava ser o processo natural de envelhecimento. Na visão de Illich, as consequências desse processo não se passam somente a nível individual por desvelar-se também como um instrumento para reprodução de uma sociedade de classes. O autor menciona os estudos do sociólogo Boltanski (1969)²² e assegura que acoplada à constituição das categorias de pacientes, surge e ganha força também uma estratificação hierárquica da sociedade.

²² Cf. ILLICH, 1975.

Ao mencionar o tema da prevenção dentro deste enfoque, Illich sublinhou que não só o cuidado com as doenças, mas também o cuidado com a saúde se tornou um novo tipo de mercadoria. Diz ele: *a extensão do controle profissional a cuidados dispensados a pessoas em perfeita saúde é uma nova manifestação da medicalização da vida. Não é preciso estar doente para se transformar num paciente.* (Ibid.: p.61). É neste quadro que o homem se torna um indivíduo estatístico subordinado às necessidades da coletividade, assim como os cuidados preventivos se tornam imperativos. A medicalização da prevenção em saúde é, para o autor, o terceiro sintoma da iatrogenia social.

Em uma publicação mais recente (1999), Illich voltou a esse ponto através do enfoque aos riscos em saúde, a fim de pensar as armadilhas desta concepção e a proeminência que essa noção ganhou nos últimos tempos. Segundo ele, a mudança com relação à configuração dos diagnósticos foi crucial para isso, quando deixou de se referir a um sujeito concreto para versar sobre a ocorrência de um caso dentro de uma população: *o que indica uma eventualidade sem denominar o sujeito.* (ILLICH, 1999). O autor avaliou que a mudança crucial nesse debate estava na saúde ter passado a ser vista como a otimização de um risco. Fruto disso, a busca da saúde ideal tornou-se o fator patogênico predominante, contribuindo para um cenário em que a vida passou a ser concebida paradoxalmente pela matemática, dentro das estatísticas e dos diagnósticos rumo à excelência da saúde. De certa forma, as bases conceituais que permitiram essa construção mais recente (1999) a respeito dos riscos já estavam no debate sobre o “mago preventivo” em 1975, no *Nêmesis*.

O último “sintoma” da iatrogênese social trabalhado pelo autor refere-se à extinção do *status* de saúde em função da proliferação ilimitada dos papéis de doente. Illich comenta que pessoas que apresentavam algum tipo de atitude ou comportamento estranho ocupavam um lugar de ameaça, até que eram enquadrados em determinada categoria reconhecida, passando a ter direito a uma espécie de “consumo especial” nas sociedades industriais. O autor garantiu que: *a categorização social aumentou o número dos que possuem esse status de consumidor excepcional, a tal ponto que se tornaram exceção as pessoas que não entram em nenhuma categoria terapêutica.* (ILLICH, 1975: p.71).

O autor remete essa discussão ao debate iniciado na década de 50 nos EUA quando Talcott Parsons teorizou sobre o modelo de *conduta de doente*, comentando a isenção de responsabilidades habituais do indivíduo diante do papel social de doente. Nesta ocasião, houve uma identificação do papel de doente com o de paciente. Illich retoma brevemente esse debate para dizer que em seu tempo o mesmo não era mais válido, considerando que o

modelo parsoniano perdeu o sentido quando o sistema médico passou a reivindicar autoridade sobre pessoas saudáveis, visto que: *o poder da medicina de outorgar o papel de doente foi dissolvido pela pretensão de proporcionar cuidados universais. [...] Um conglomerado médico profissional emergente tornou o papel de paciente infinitamente elástico.* (Ibid. p.73-74).

Tal feito se deve a uma substituição de poder, em que a autoridade médica deixou de atestar que uma pessoa, exclusivamente, estava doente para se dedicar a uma atuação generalizada sobre tratamentos e prevenção voltados à saúde pública – o que influenciou diretamente na percepção da ação autônoma como uma ação impraticável:

As pessoas passam a reconhecer esse novo direito dos profissionais da saúde de intervir em sua vida em nome de sua própria saúde. [...] Pessoas que não estão doentes vão submeter-se à instituição médica para o bem de sua saúde futura. **Resultado: uma sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbilidade universal.** (ILLICH, 1975: p.74, grifo nosso).

Illich indicou que para se aproximar o máximo possível do sentido de iatrogênese social era necessário situá-la em seu contexto “sócio-econômico geral”. Para isso, o autor considerou que acima de determinado limiar, o maior acesso a certos recursos produzia mais problemas em vez de resolvê-los. Nesta via, lançou-se mão da noção de *contra produtividade*²³ para se referir ao processo pelo qual, a partir de determinado limiar, artifícios pensados para resolver, terminam por criar mais problemas.

O autor entendeu como um problema grave o fato de não se reconhecer que: *a proliferação de instituições médicas, não importa quão seguras e bem concebidas são, desencadeia um processo social patogênico. A supermedicalização transforma a capacidade adaptativa em uma disciplina passiva de consumo médico.* (ILLICH, 1975: p.77).

1.3.3 A iatrogenia estrutural

Por fim, Illich abordou a *iatrogênese estrutural*, criticando o fato do sofrimento e da dor terem perdido seu significado singular para se tornarem um problema de ordem técnica, alvo de intervenção médica. Isso, para o autor, subtraía a capacidade e o potencial cultural dos indivíduos de lidarem de maneira autônoma com eventos como a morte, as enfermidades e a

²³ Cf. ILLICH, 1975.

dor, por exemplo, antes reconhecidos como eventos comuns à vida humana. (ILLICH, 1975). A eliminação destes fenômenos serviram como uma linha de conduta para a vida em sociedade, através de regras criadas pela Higiene, em que a medicina podia transformar tais eventos em uma espécie de obstáculos ao bem-estar, levando ao consumo e à dependência das prescrições profissionais. Tais prescrições passaram a englobar o que seriam as regras do comer, dormir, amar, divertir-se, cantar, sofrer e até mesmo o morrer. (Idem).

Como pontuou Nogueira (2003) sobre a assertiva de Illich sobre a destruição do potencial cultural das pessoas: *o que caracteriza o dano é a perda de tudo aquilo que as tradições criaram ao longo dos séculos enquanto expedientes culturais eficazes para enfrentar a vulnerabilidade humana diante de tais contingências da vida.* (Ibid.: p.186). Estes três níveis de iatrogênese reunidos acenam para os riscos, que envolvem uma das maiores preocupações de Illich, de uma completa substituição da autonomia dos indivíduos por uma heteronomia²⁴.

Para Illich, não foi possível se fazer ouvir nos anos setenta no que se referia ao avanço progressivo da medicina moderna como algo prejudicial em si mesmo, visto o cenário fulgurado, por exemplo, por fatos como o destaque do serviço nacional de saúde Britânico. Este, na época, alcançava seu auge de desenvolvimento influenciado pelo Plano Beveridge que tinha como concepção central justamente a ideia de prevenção em saúde. De modo geral, o Plano tinha a expectativa de que através do investimento na prevenção, haveria uma redução consequente nos gastos anuais com os serviços de saúde. O autor faz um contraponto à esse panorama promissor da prevenção ao firmar que não se contava que a definição de saúde alargaria o escopo da assistência médica, e diminuiria de forma tão rápida tanto o limiar de tolerância à doença como a competência para o autocuidado. O autor comentou, ainda, que neste período: *em toda parte a crença no progresso ilimitado era inabalável, e progresso em medicina significava o esforço persistente em melhorar a saúde humana, abolir a dor, erradicar a enfermidade e prolongar a vida, usando sempre novas intervenções.* (ILLICH, 1975: p.73).

Deste modo, Illich faz uma espécie de denúncia quanto ao surgimento concomitante de novas doenças devido ao mesmo processo que fez da medicina, pelo menos parcialmente, eficaz. Como lembrou o autor:

A proliferação de agentes da medicina é negadora da saúde não apenas ou primariamente por causa das lesões específicas funcionais ou orgânicas produzidas

²⁴ Cf. NOGUEIRA, 2003.

por médicos, mas devido a dependência que eles produzem. E essa dependência da intervenção profissional tende a empobrecer o suporte não-médico à saúde e aspectos de cura dos ambientes sociais e físicos, e tende a diminuir a capacidade orgânica e psicológica de enfrentamento de pessoas comuns. (ILLICH, 1975: p.77).

O autor (1975) levou seus ataques ao *imperialismo médico* a tal ponto que chegou a falar em uma cura da medicina, em função de prejuízos psicológicos e sociológicos causados por tratamentos profissionais, colocando em questão – logo no primeiro capítulo de seu livro – o que se entende por eficácia técnica da empresa médica.

Embora Illich se constitua hoje como um crítico ácido e radical, algumas de suas ponderações podem ser situadas como atuais. Quando discute, por exemplo, o fato de não ser necessário estar doente para se transformar em um paciente, não nos aponta para uma discussão contemporânea sobre os pacientes em potencial em voga no campo da psiquiatria e do DSM-V²⁵? A própria crítica à prevenção em saúde como uma possibilidade de medicalização social, se ponderada, também pode ser trazida para uma discussão mais atualizada sobre o refinamento da ideia de saúde enquanto um ideal, como discutiremos no terceiro capítulo.

Numa construção mais contemporânea e pouco visitada, Illich (1999) se recolocou teoricamente ao dizer que não falaria mais sobre a empresa médica como ameaçadora à saúde, por perceber que a medicina perdeu em absoluto o controle do sistema de saúde. Para ele, a questão avançou e poderia ser pensada a partir de uma obsessão pela saúde como o fator patogênico predominante, que se enquadraria dentro de sua observação sobre a iatrogênese cultural e que, no entanto, não lhe ocorreu não ocasião em que escrevera o *Nêmesis*.

Illich assinala que houve uma modificação no sentido de “busca pela saúde” do século XX para os dias atuais. Nessa perspectiva, o autor considera que houve uma extinção do sujeito em nome de um ideal de saúde que reduziu o sentido da experiência de “estar vivo”. O ser humano tornou-se “uma vida” que necessita de controle e regras genéricas, e com isso, submetendo-se à ideia de risco, otimização e excelência da saúde, o sujeito acaba por negar a si próprio. À isso que Illich se refere ao falar de uma saúde paradoxal na década de 90, quando escreve o texto, e que se configura, em sua análise, como uma nova forma de contra-produtividade.

Nogueira comenta que Illich posteriormente se deu conta que o que havia lhe escapado dizia respeito à iatrogênese do próprio corpo, e comenta: *a auto-percepção do corpo volveu-se iatrogênica, em sua mais recente metamorfose e situa-se agora por relação à emergência*

²⁵ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – 5ª edição.

de um estilo de vida high-tech e midiático. (NOGUEIRA, 2003: p.188). O autor relembra também os diferentes tempos, e logo contextos, em que se estruturaram as críticas de Illich, sendo na década de setenta um cenário social marcado pelo industrialismo, e posteriormente Illich já mencionava um outro, chamado por ele de *profissionalismo pós-industrial*.

Sobre o livro central de sua obra, *Nêmesis da Medicina*, Illich avalia ter utilizado a medicina como um exemplo e não como tema de um debate maior a respeito de instituições que criam mitos sociais e celebram certezas. Comenta ele:

Escolhi o exemplo da medicina para ilustrar diferentes níveis da contra-
produtividade característica de todas as instituições do pós-guerra, de seu paradoxo
técnico, social e cultural. No plano técnico, a sinergia terapêutica que produz novas
doenças; no plano social, o desenraizamento produzido pelo diagnóstico que
assombra o doente, o idiota, o ancião e até o moribundo. E principalmente, no plano
cultural, a promessa do progresso que leva à recusa da condição humana e à aversão
pela arte do sofrimento. (ILLICH, 1999).

Em resumo, podemos extrair que os autores revisados neste capítulo apontam algumas saídas frente às críticas sobre a medicalização que, de um modo geral, incluem uma retomada na autonomia pelos indivíduos e uma destituição da medicina do lugar de depósito de verdades. Ivan Illich parte da opinião de que, frente a um movimento de progressiva expropriação da saúde, cabe aos indivíduos a luta pela re-apropriação desta.

Na visão de Lupton, esses críticos defendem o “empoderamento” dos pacientes, o desafio de “tomar de volta o controle” sobre sua saúde e a renúncia à medicina a partir da busca por práticas alternativas. (LUPTON, 1997: p. 97). É importante sublinhar que esse aspecto aponta para uma diferenciação importante com relação ao pensamento foucaultiano que não concebe o indivíduo fora das redes de poder, mas sim um integrante desta relação, conforme veremos no próximo capítulo.

Podemos localizar, a partir do comentário de Lupton (1997), que a preocupação presente na literatura dos autores reunidos na primeira parte do capítulo, considerados mais ortodoxos, refere-se à “dependência” que a medicina científica contemporânea parece encorajar cada vez mais, o que permite que membros de grupos de autoridade, como a medicina, possam ditar recomendações sobre como se comportar e viver.

Lupton (1997) avalia que não existem dúvidas quanto a importância fundamental das críticas à medicalização no que se refere às modificações produzidas no pensamento da sociologia médica, que se ocupou de chamar a atenção para a possibilidade de desigualdade tanto no encontro médico, quanto na prestação de cuidados de saúde. No entanto, a autora adverte que as críticas também podem ser criticadas por uma série de razões, principalmente

por terem como chave de análise um parâmetro muito “preto e branco” sobre o lugar da medicina ocidental. Em função das críticas, por vezes duras, sobre a medicina como uma força autoritária e opressiva, os críticos não valorizaram os avanços alcançados com relação a tratamentos, a etiologia das doenças e meios de apaziguar enfermidades graves.

A dificuldade com relação aos teóricos mais ortodoxos tem a ver com a concepção mais radical destes sobre a medicina prejudicar mais do que melhorar a condição de saúde, sobre o “desejo” dos médicos de aumentarem seu poder sobre os indivíduos em vez de ajudá-los, e, principalmente, como afirma Lupton, sobre a concepção de paciente *como em grande parte desamparado, passivo e impotente*. [...] *De fato, na maior parte desta literatura, ‘a assimetria da relação é exagerada a tal ponto que o cliente leigo não se torna o beneficiário, mas a vítima da consulta’*.²⁶ (ATKINSON *apud* LUPTON, 1997: p. 97).

Parece-nos que os comentadores fundamentam tal assertiva quanto ao acento de passividade dos indivíduos nesse enquadre através do argumento, dos mais ortodoxos, de que a medicalização substitui a capacidade adaptativa e espontânea do indivíduo em lidar com o sofrimento, por exemplo, em nome de um saber maior. Entretanto, a nosso ver, é pela suposição de que existe autonomia nos indivíduos que os autores se preocupam com os avanços do saber médico sobre a vida. Eles não partem do princípio de que os indivíduos são passivos de antemão, mas ao contrário. Aparenta, então, ser por essa via que os autores mencionam a transposição de uma capacidade autônoma para outra passiva, influenciada por um discurso de poder massivo, símbolo de uma época em que diversos outros discursos instituídos socialmente foram postos em xeque. Essa observação, assim, pode desestabilizar um pouco a atribuição direta de uma “tese da assimetria” ao grupo reunido neste capítulo.

No entendimento de Lupton inexistente uma luta a partir de lugares bem demarcados com o de médicos versus pacientes. Ao contrário, trata-se de um conluio de forças entre ambos para reproduzir a dominância médica. (LUPTON, 1997). A autora, enquanto comentadora do tema, discorda da tese da assimetria supostamente sustentada pelos críticos, enfatizando a participação, por vezes ativa, dos pacientes no processo de medicalização, sendo esta uma percepção comungada também pelo sociólogo Peter Conrad (1992; 2007) e outros reunidos no último capítulo.

Os teóricos agrupados no terceiro capítulo desta dissertação tentam ressaltar esses novos elementos ao tratarem da medicalização décadas depois das primeiras críticas.

²⁶ No original: “patients as largely helpless, passive and disempowered. [...] Indeed, in much of this literature, ‘The asymmetry of the relationship is exaggerated to the point that the lay client becomes not the beneficiary but the *victim* of the consultation”

2 MEDICALIZAÇÃO: A INTERPRETAÇÃO DE MICHEL FOUCAULT

Neste capítulo, recorreremos às teorizações de Michel Foucault por ter sido este um dos primeiros autores a mencionar a palavra medicalização em seus estudos, além de conduzir uma análise mais ampla sobre o papel da medicina enquanto primeira ciência a tomar como objeto o homem e, conseqüentemente, sua função na constituição da vida e na produção de subjetividade.

Elegemos este como um autor central a ser comentado por acreditarmos que sua elaboração teórica é fundamental no trajeto que traçamos na dissertação a fim de alcançar, ao final, a complexidade que envolve o tema. Valorizando principalmente as fontes primárias na revisão da literatura, percebemos que o autor não trabalha com teorizações fechadas ou respostas conclusivas sobre os problemas que levanta ao longo de seus escritos. As próprias construções a respeito do poder – tema central em sua obra – não se convertem em uma teoria única, levando-o a revisitar suas proposições ao longo do tempo. É importante notar também que o tema da medicalização sobre o qual se dedica o autor remonta a um período histórico que antecede àquele referido pelos autores do primeiro capítulo, principalmente pelo fato de voltar-se mais especificamente a uma análise do cenário europeu nos séculos XVIII e XIX; o que não significa que o autor não tenha transitado por tempos mais recentes referindo-se em alguns momentos ao período pós - II Guerra Mundial, por exemplo.

Robert Nye (2003) comenta que Foucault levou algum tempo para reconhecer sua influência fundamental na transformação do conjunto de significados contemporâneos a respeito da medicalização, por se tratar de um campo de estudos dominado por historiadores sociais. Embora num primeiro momento de seu pensamento sobre a história da loucura na década de 50 sua posição tenha sido comparada com a de Thomas Szasz, em sua produção mais recente houve uma modificação de seu posicionamento, sendo seus escritos muito influentes para as produções e sentidos contemporâneos do termo. A partir da metade da década de 70, Foucault escreveu alguns ensaios que abordaram a questão da medicalização - material ao qual nos dedicamos neste capítulo.

Como sugere a comentadora e socióloga Deborah Lupton, apesar de não utilizar o termo sistematicamente, Foucault menciona-o inúmeras vezes ao apresentar o modo como a vida dos indivíduos foi profundamente constituída e atravessada por discursos e práticas da medicina ao longo da história. (LUPTON, 1997). Para Lupton, Foucault se diferencia de teóricos que se posicionaram de modo mais ortodoxo nas críticas à medicalização, sendo o

autor que pôde articular uma noção mais complexa sobre o papel desempenhado pela medicina nas sociedades ocidentais contemporâneas, ao incluir em suas críticas a função do saber e das práticas médicas na constituição dos indivíduos e da subjetividade.

De acordo com a autora, as construções de Foucault contestam as proposições de críticos mais ortodoxos, conforme veremos no presente capítulo, principalmente no que se refere à sua compreensão sobre o poder e saber da medicina. A autora aponta que: *os escritos de Foucault enfatizam a natureza positiva e produtiva do poder ao invés de repressiva. De fato, argumenta Foucault, a maior sedução do poder nas sociedades modernas está em ser produtivo em vez de simplesmente limitador.* (LUPTON, 1997: p.98).

A organização do pensamento de Foucault neste capítulo é centrada na década de 70, principalmente no período de 1974-1976, quando esteve no Rio de Janeiro e pronunciou algumas conferências no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (na época conhecida como Universidade do Estado da Guanabara), sendo os escritos oriundos desta época o material de análise privilegiado, de onde elegemos como objeto de estudo central as noções de medicalização, biopolítica e governamentalidade.

Faremos, portanto, um percurso em compasso com suas construções de acordo com cada contexto histórico, trazendo no desfecho alguns apontamentos gerais extraídos da pesquisa teórica sobre a qual nos debruçamos a fim de traçar o percurso trilhado por Foucault no que concerne ao tema da medicalização.

A primeira conferência proferida em 1974 trata da “Crise da medicina ou crise da antimedicina”²⁷ e toca de modo mais contundente na temática da *medicalização*. Ao longo da arguição, Foucault demonstra que o que chama de “crise” no título da conferência não pode ser compreendido como um fato que eclodiu pontualmente em determinado momento, mas sim como algo que tomou forma progressivamente, sendo melhor elucidado através da análise foucaultiana que situa a medicina como parte de um sistema histórico, econômico e de poder nas sociedades.

Embora o texto trabalhe em cima da ideia de “crise”, o que Foucault pretende doravante em sua argumentação é revisar o modelo de desenvolvimento da medicina enquanto uma disciplina desde o século XVIII. O intuito é traçar de que modo se deu a extensão progressiva da medicina ao domínio da vida como um todo. Assim, fica claro desde

²⁷ A conferência foi proferida no ano de 1974 e publicada somente em 1976 em espanhol. (RODRIGUES, 2010). O texto utilizado por nós é uma tradução recente para o português de 2010, vide as Referências ao final da dissertação.

o início que a essência do problema em questão não é a luta de um tipo de antimedicina contra a medicina, mas sim o modo como se desenvolveu e avançou todo sistema médico no Ocidente.

Na conferência acima, Foucault atribui grande importância ao “Plano Beveridge” criado na Inglaterra em 1942 e utilizado como modelo de organização da saúde pós - II Guerra Mundial. O Plano é considerado por ele um marco simbólico da constituição de uma nova política do corpo e de um novo direito através dos quais o Estado passa a encarregar-se não mais do direito à vida, mas do direito à saúde: *num momento em que a guerra causava grandes estragos, uma sociedade assume a tarefa explícita de garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde.* (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.168). Perspectiva que, nesse mesmo período, somou-se à criação, por parte da OMS, do novo conceito de saúde, que segundo Silva Filho: *não é apenas a inexistência de patologia, mas muito mais que isso: ‘A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade’.* (SILVA FILHO, 2001: p.84).

O fato do Estado incumbir-se da saúde da população não constitui a novidade em si, visto que desde o século XVIII o Estado tinha como função garantir a saúde física dos homens com a finalidade de assegurar a aptidão para o trabalho e produção para objetivos nacionalistas (FOUCAULT, 1974a); exemplo disso foram as medidas coletivas de controle de doenças e processos de vida, bem como as práticas de salubridade promovidas pelos Estado, que abordaremos mais minuciosamente no decorrer do capítulo e que podem ser compreendidas como o primeiro sentido para o termo medicalização em Foucault.

A novidade do Plano está acirrar algo que já estava em questão desde o século XVIII, aquilo que Foucault denomina como uma “nova moral do corpo”, introduzindo a saúde no campo da macroeconomia. Diz ele: *tomando como ponto de referência simbólica o Plano Beveridge, observa-se, no decênio 1940-1950, a formulação de um novo direito, uma nova moral, uma nova economia, uma nova política do corpo.* (Ibid.: p.170). Tudo isso converge para a criação de um regime de vida marcado pela *somatocracia*, isto é, aquele em que a intervenção estatal tem como alvo privilegiado o cuidado do corpo e da relação entre as doenças e a saúde, assegurando ao indivíduo sua cidadania. (FOUCAULT, 1974a).

O surgimento desta *somatocracia* marca o “começo” da crise ao elucidar a manifestação concomitante de dois fenômenos:

O avanço tecnológico importante, que significou um progresso capital na luta contra as doenças, e o novo funcionamento econômico e político da medicina, sem conduzir, de maneira alguma, ao maior bem-estar sanitário que caberia esperar, e

sim a uma curiosa estagnação dos possíveis benefícios resultantes da medicina e da saúde pública. (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.172).

Ao longo do texto, Foucault parece se preocupar em esmiuçar o modo como a socialização, a estatização e o desenvolvimento da medicina são de origem mais antiga do que se imagina. Segundo ele, pode-se pensar que a medicina é uma prática social desde o século XVIII (FOUCAULT, [1974a] 2010; [1974c] 2007) pelo menos, e é nisto que se deve buscar as raízes históricas do que ele descreve como crise. A nosso ver, é pertinente retomarmos, portanto, tais raízes da medicina social para adentrarmos no nível de análise que o autor nos convida.

2.1 Raízes da medicina social

Em “O Nascimento da medicina social”, outra das conferências pronunciadas em 1974, posteriormente publicada no livro “Microfísica do Poder” em 1979, Foucault diluiu a ideia de uma dicotomia entre medicina individual e social ao falar do advento da medicina moderna no final do século XVIII. Logo no início da conferência, o autor questiona se seria possível pensar: *que a medicina moderna, na medida em que é ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista, conhecendo unicamente a relação de mercado do médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva, da sociedade?* (FOUCAULT, [1974c] 2007: p.79).

A pergunta serve para evidenciar justamente o contrário: *que a medicina moderna é uma medicina social que tem por background uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente.* (Op. Cit.). A medicina científica não se desvela como privada e individualista por se inserir num cenário capitalista, regido por relações de mercado, visto que o capitalismo tem como função primeira a socialização do corpo enquanto força produtiva. (FOUCAULT, 1974c).

Em nosso ponto de vista, esse argumento parece ser o que melhor ilustra a perspectiva foucaultiana a respeito da medicalização, quando o autor considera que a medicina moderna, ao contrário de nascer como uma prática centrada no indivíduo, se desvela já de saída como uma prática inteiramente social. Posto isso, no intuito de elucidar a inexistência de uma dicotomia entre medicina social e individual, Foucault aponta que:

Com o capitalismo não seu deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se

em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política²⁸. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, [1974c] 2007: p.80).

As discussões a respeito da apropriação do corpo como força de trabalho e a questão do advento das preocupações com a saúde, compondo o que foi acima designado como *somatocracia*, estão no campo de análise sobre a “medicina social”. Esta pode ser reconstituída a partir de três tempos e direções distintas: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força laboral (FOUCAULT, [1974c] 2007).

2.1.1 A medicina de Estado

A medicina de Estado se desenvolveu no começo do século XVIII na Alemanha e de certa forma precocemente, sendo historicamente anterior ao próprio nascimento da medicina moderna de Morgagni e Bichat²⁹. (FOUCAULT, [1974b] 1977). Neste país, se desenvolveu uma ciência de Estado interessada em toda maquinaria política nele implícita, e não apenas o conhecimento dos recursos naturais ou das condições populacionais. O conhecimento tinha como objeto primeiro o Estado e a construção de um saber próprio.

A “ciência estatal” progrediu especificamente na Alemanha e não na França e Inglaterra, países mais fortes na economia e na política, por conjunturas históricas como o fato de não ser um Estado único até o século XIX e pela falta de desenvolvimento econômico de uma burguesia economicamente falida, por exemplo. Foucault afirma que: *o Estado moderno surgiu onde não havia poder político nem desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas a Prússia, o primeiro Estado moderno, nasceu no coração da Europa, mais pobre, com menor desenvolvimento econômico e mais conflitiva politicamente.*³⁰ (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.7).

²⁸ Alguns autores (como RODRIGUES, 2010) apontam esta como a primeira ocorrência do termo “biopolítica” na obra de Foucault.

²⁹ Cf. FOUCAULT, [1974b]1977.

³⁰ No original: “El Estado moderno surgió donde no había poder político ni desarrollo económico y precisamente por esas razones negativas Prusia, el primer Estado moderno, nació en el corazón de Europa, más pobre, con menos desarrollo económico, y más conflictivo politicamente.”

Na Alemanha, nasceu uma prática médica preocupada e voltada à melhoria das condições de saúde da população. Já desde o século XVII, época marcada pelo Mercantilismo, algumas nações passaram a se preocupar com a saúde de suas populações. Tal preocupação se deu de diferentes formas, visto que na França e na Inglaterra o foco foi no estabelecimento de taxas de natalidade e mortalidade, índices de saúde e crescimento populacional. Isto é, houve um investimento na saúde, nestes Estados, pelo interesse específico no aumento da capacidade de produção e da população ativa: *sem nenhuma intervenção eficaz e organizada para elevar o nível de saúde*. (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.8).

Neste período, final do século XVII e início do XVIII, surge na Alemanha a “polícia médica de Estado” que ultrapassa a preocupação com taxas de natalidade e mortalidade, constituindo-se como um sistema mais completo em que:

a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração geral e, por último, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, entrelaçam uma série de fenômenos que podem ser denominados como medicina de Estado.³¹ (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.10, tradução nossa).

A tecnologia da polícia médica na ocasião significava: *o conjunto dos meios necessários para fazer crescer, do interior, as forças do Estado*. (FOUCAULT, 1997: p.83). Essa polícia, designada como uma *arte racional de governar*, tinha como base o desenvolvimento de um saber do Estado. Por meio do mercantilismo, notou-se que indivíduos ativos poderiam gerar maior riqueza e foi através desta percepção que iniciou-se uma preocupação com a saúde da população. É, portanto, impulsionada pelo mercantilismo e seus interesses que surge primeiramente a noção de população, e a ideia da racionalização do exercício de governo, conforme discutido mais a frente. Já a ideia de uma polícia médica foi uma forma mais organizada de intervenção na melhoria da saúde populacional.

Fica claro um outro nível de preocupação que não se voltou ao refinamento da força laboral para uma sociedade industrial em ascensão, mas sim ao aprimoramento da força e da ciência de Estado, constituída pelo corpo dos indivíduos em conjunto, diante de conflitos econômicos, mas, sobretudo, políticos desta época. (FOUCAULT, [1974b] 1977). Segundo o autor:

³¹ No original: “La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de varios médicos en una organización médica estatal, llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse medicina de Estado.”

[...] desde a implantação da medicina estatal na Alemanha, nenhum Estado se atreveu a propor uma medicina tão claramente burocratizada, coletivizada e “estatizada”. Conseqüentemente, não se evoluiu pouco a pouco de uma medicina cada vez mais “estatizada” e socializada, visto que a grande medicina clínica do século XIX foi imediatamente precedida de uma medicina estatizada ao máximo. Os outros sistemas de medicina social dos séculos XVIII e XIX são atenuações deste modelo profundamente estatal e administrativo já introduzido na Alemanha.³² (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.10, tradução nossa).

2.1.2 A medicina urbana

Diferente do exemplo acima, na França foi no crescimento das cidades e da urbanização que se apoiou o desenvolvimento da medicina social. A França se constituía como um grande emaranhado de pequenos poderes e territórios heterogêneos, levando a que na segunda metade do século XVIII a necessidade de uma “unificação do poder urbano” surgisse como questão, com o objetivo de: *organizar o corpo urbano de modo coerente e homogêneo, regido por um poder único e bem regulamentado*.³³ (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.11).

O crescimento urbano trouxe conseqüências de ordem política e econômica, levando a enfrentamentos entre ricos e pobres, burgueses e plebeus, além de conflitos urbanos que saíram da esfera do campesinato e passaram ao cenário urbano, com a formação de uma plebe prestes a se proletariar. (FOUCAULT, [1974b] 1977). Tais conflitos asseveraram a necessidade de um poder uno capaz de lidar com os problemas da população urbana, que se viu diante do temor e do pânico. Foucault afirma que: *o pânico urbano é característico da preocupação, da inquietude político-sanitária que vai se construindo a medida que se desenvolve a engrenagem urbana*.³⁴ (Id. Ibid.: p.13).

Como primeira resposta a tal cenário, recorreu-se ao modelo médico e político da quarentena, tendo sido este também o modelo de organização das cidades no século XVIII. De acordo com Foucault ([1974b] 1977: p.14, tradução nossa):

³² No original: “[...] desde la implementación de la medicina estatal en Alemania, ningún Estado se atrevió a proponer una medicina tan claramente burocratizada, colectivizada y ‘estatizada’. Por consiguiente, no se evolucionó poco a poco de una medicina cada vez más ‘estatizada’ y socializada, sino que la gran medicina clínica del siglo XIX va inmediatamente precedida de una medicina estatizada al máximo. Los otros sistemas de medicina social de los siglos XVIII y XIX son atenuaciones de ese modelo profundamente estatal y administrativo introducido ya en Alemania.”

³³ No original: “[...] organizar el cuerpo urbano de un modo coerente y homogéneo, regido por un saber único y bien reglamentado.”

³⁴ No original: “El pánico urbano es característico de la preocupación, de la inquietud político-sanitaria que se va creando a medida que se desarrolla el engranaje urbano.”

A medicina urbana, com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc., não foi mais que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que se iniciou no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública foi uma variação refinada da quarentena e daí parte a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e que se desenvolve sobretudo na França.³⁵

Esse desenvolvimento inicial referiu-se, principalmente, ao controle do meio empenhado em uma tentativa de dominar o ambiente, o ar, a água, as condições de vida, o que contribuiu para constituição posterior da noção de *salubridade*. O objetivo desta medicina social nascente era analisar os locais de superlotação, amontoamentos e confusões que pudessem gerar enfermidades e riscos ao espaço urbano. Foucault utiliza o exemplo do ordenamento dos Cemitério dos Inocentes em Paris, visto como lugar capaz de difundir epidemias e endemias à cidade; a ideia que sustentou essa organização e ordenamento social dos cemitérios foi antes de tudo médica e política, e não teológica-cristã, como se costuma crer. (FOUCAULT, [1974b] 1977).

Nesta época, estava em voga a teoria miasmática que julgava pertinente o afastamento de tudo e todos que pudessem ser insalubres e prejudiciais à saúde do indivíduo. De acordo com Foucault: *era uma velha crença do século XVIII que o ar tinha uma influência direta sobre o organismo, por veicular miasmas ou porque as qualidades do ar frio, quente, seco ou úmido em demasia se comunicavam ao organismo [...]. O ar, então, era considerado um dos grandes fatores patógenos.* ([1974c] 2007: p.90). Além do exemplo da remoção do Cemitério dos Inocentes com a ajuda de um químico chamado Fourcroy (melhor informado sobre as influências do ar sobre o organismo), responsável pelo *exílio dos cemitérios*, foram destruídas também as casas construídas sobre as pontes da cidade, por oferecerem os mesmos perigos quanto à necessidade de circulação do ar.

Trata-se do que Foucault posteriormente chamou de uma medicina das coisas e não dos homens. A preocupação inicial foi com o ordenamento e depois com a circulação das coisas – principalmente a água e o ar -, e não com os indivíduos, preocupação esta que já esboçava o conceito de meio ambiente³⁶. (Idem). Tais intervenções tiveram efeitos no modo

³⁵ No original: “La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia, de hospitalización, etc., no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciado a fines de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobretudo en Francia.”

³⁶ “A relação entre organismo e meio se estabeleceu simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina por intermédio da medicina urbana. Não se passou da análise do organismo à análise do meio

como se construiu concretamente a aparência urbana nesta época, visto que foi a partir daí, por exemplo, que surgiram as grandes avenidas no intuito de manter o bom estado de saúde da população, considerando a mesma crença sobre as interferências negativas do ar. (FOUCAULT, [1974b] 1977). Quanto mais largas as avenidas, maior a circulação do ar e menor a chance de se contrair doenças.

Através da medicina urbana, surge a noção de salubridade, que diz do estado do meio ambiente e seus elementos constitutivos capazes de interferir na saúde. Ligada a este conceito, surge o de *higiene pública*. Em princípios do século XIX, este conceito abarcava o essencial da medicina social francesa, onde: *salubridade e insalubridade significam o estado das coisas e do meio posto que afetam a saúde; a higiene pública é o controle político-científico deste meio.*³⁷ (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.18).

A gênese da medicina francesa se deu de forma inteiramente distinta da medicina de Estado Alemã por estar muito mais próxima ao cotidiano das comunidades, cidades e bairros, não contando, portanto, com nenhum instrumento exclusivo de poder. Foucault ([1974b] 1977) pontua que o desenrolar da medicina científica do século XIX é, em grande parte, tributário da medicina urbana.

A medicina urbana não tomou os indivíduos, a plebe e os pobres como fonte de perigo e objeto de medicalização; foram as coisas, os cemitérios e os matadouros os principais focos de ameaça nesta época. São inúmeras as razões pelas quais o pobre não foi concebido como problema, dentre eles o fato de que estes compunham a instrumentalização da vida urbana, eram úteis à dinâmica desta, servindo tanto aos serviços de abastecimento de água como nas entregas de correspondências. Somente a partir da grande epidemia de cólera iniciada em Paris em 1832, e logo propagada para toda Europa, é que se configura um temor político e sanitário diante da população pobre e plebeia. Em função deste temor, divide-se a cidade em setores de ricos e de pobres, visto que o cruzamento destes grupos constituía um risco. (FOUCAULT, [1974b] 1977).

2.1.3 A medicina da força laboral

ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina urbana foi importante para a constituição da medicina científica”. (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.18).

³⁷ No original: “Salubridad y insalubridad significan el estado de las cosas y del medio por cuanto afectan a la salud; la higiene pública es el control político-científico de este medio.”

Na Inglaterra, houve um progresso da medicina social conhecida como “medicina da força laboral”, voltada ao controle da saúde e do proletariado, a fim de capacitá-los para o trabalho. No país onde o desenvolvimento industrial foi mais acelerado é que se pode localizar mais claramente a “nova apresentação” da medicina social. (FOUCAULT, [1974b] 1977; [1974c] 2007). O autor aponta que: *a medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas sim o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objeto da medicalização.* (Id. [1974c] 2007: p.93).

Sobre isto Foucault cita a “Lei dos Pobres” como signo da configuração da medicina social inglesa:

É essencialmente a “Lei dos Pobres” o que converte a medicina inglesa em medicina social, na medida em que as disposições desta lei implicavam um controle médico do necessitado. A partir do momento em que o pobre se beneficia do sistema de assistência, torna-se obrigado a submeter-se a vários controles médicos.³⁸ (FOUCAULT, [1974b] 1977: p 20, tradução nossa).

A Lei ilustra formalmente uma ambiguidade que é fator crucial na análise da história da medicina social pelo fato de implicar uma *assistência-proteção* e uma *assistência-controle*. Isso significa pensar que a ideia de uma assistência aos pobres garantia em contrapartida uma proteção aos ricos de tudo aquilo que temiam, como as epidemias, e que julgavam ser provenientes da população pobre: *assim se estabelece um cordão sanitário autoritário no interior das cidades entre ricos e pobres.* (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.21). Tal Lei, portanto, formalizava a assistência gratuita a uns e a segurança a outros.

O sistema era ainda mais complexo, sendo esta Lei apenas um elemento disparador de todo desenvolvimento da medicina social inglesa estruturada por uma legislação médica autoritária, menos de cuidados médicos e mais de controle médico da população. (FOUCAULT, [1974b] 1977). Falamos do sistema do “Health Service” inglês que, segundo o autor, era um modo de completar a nível coletivo os mesmos controles garantidos primeiramente pela “Lei dos Pobres”.

Após analisar três exemplos de relação entre a medicina e o Estado, através do desenvolvimento da medicina social na Alemanha, na França e na Inglaterra, Foucault afirma que foi a versão da medicina social inglesa que teve *futuro* ao unir três coisas:

³⁸ No original: “Es esencialmente la “Ley de los pobres” lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida em que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del necesitado. A partir del momento en que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a vários controles médicos.”

Assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais e por outro lado – e nisso consiste sua originalidade – permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial dedicado aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais, como a vacinação, as epidemias, e etc., e uma medicina privada que beneficiava a quem tinha meios de pagá-la.³⁹ (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.23, tradução nossa).

Segundo Foucault, com o Plano Beveridge e os sistemas médicos dos países mais avançados, se trata sempre de fazer funcionar essas três diferentes apresentações da medicina, assistencial, administrativa e privada, ainda que se articulem de formas distintas.

2.2 A crise da medicina

Retomando a questão levantada no início deste texto, o problema da “crise” que se apresenta no seio desta discussão está no próprio modelo de desenvolvimento da medicina moderna a partir do século XVIII, quando se produziu a chamada “decolagem sanitária” deste campo. Para Foucault (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.173), são *essas formas próprias da ‘decolagem’ que hoje conduzem a uma crise*. No texto são delimitados três pontos-chave que caracterizam os aspectos da crise: (1) Cientificidade e eficácia da medicina, (2) Medicalização indefinida e (3) Economia política da medicina.

Sobre o primeiro aspecto (1), Foucault assinala a divergência entre a cientificidade da medicina e a positividade de seus efeitos, afirmando que, se antes os efeitos danosos da medicina se inscreviam no âmbito da ignorância ou da inabilidade médica, atualmente tais efeitos negativos se dão no registro do saber, na medida em que a medicina se estabelece como ciência.

Em contraponto, Foucault lança mão de um conceito-chave utilizado nas argumentações do crítico Ivan Illich, e provoca o debate afirmando que falar em uma *iatrogenia positiva* levantaria o verdadeiro problema em jogo nesta discussão, que seria o questionamento da medicina na sua própria cientificidade. Somente assim seria possível atentar para: *os efeitos medicamente nocivos devidos não a erros de diagnóstico nem à*

³⁹ No original: “La asistencia médica as pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado – y en ello consiste su originalidad – permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios de pagarla.”

ingestão acidental de substâncias, mas à própria ação da intervenção médica no que ela tem de fundamento racional. (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.175).

Neste ponto, Foucault está dialogando com o livro “Nêmesis da Medicina: a expropriação da saúde” publicado em 1975, no qual Illich aborda a discussão sobre os diferentes níveis de iatrogenia produzida pela ação médica, apontando que o problema da medicina está em seus equívocos e falhas. Vemos nesse ponto não só uma provocação de Foucault à Illich, pensadores contemporâneos, mas sim uma clara divergência entre os autores. Enquanto um, Illich, trabalha com a ideia de que o problema está no que a medicina não sabe e erra, outro localiza no próprio saber o cerne dos problemas.

Resulta disso a discussão a respeito do risco médico, reconhecido como um certo nó entre os efeitos positivos e danosos da medicina, que tem historicamente seu progresso diretamente acompanhado de consequências negativas. Um bom exemplo disso foi a descoberta dos anestésicos e da técnica da anestesia geral nos anos 1844-1847, um progresso médico que veio conseqüentemente acompanhado de um aumento no índice de mortalidade. Segundo Foucault, fenômenos inconvenientes como estes marcaram a história da medicina moderna, pois: *não existe um grande progresso médico que não tenha pago o preço de diversas conseqüências negativas diretamente ligadas ao progresso em pauta.* (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.178).

Essa marca histórica refere-se ao fato de que antes o “risco médico” estava somente do lado do indivíduo que poderia morrer durante um procedimento médico, diferente da atualidade em que Foucault assinala que esse fenômeno assume uma nova dimensão devido aos avanços da medicina moderna - como as novas técnicas disponíveis, a possibilidade de mutações genéticas e etc. – *sendo todo o fenômeno da vida que entra no campo da intervenção médica.* (Ibid.: p.178). Foucault chama a isso de uma nova dimensão de possibilidades médicas, precisamente uma questão da *bio-história*, em que através de novas técnicas que a medicina dispõe: *o médico e o biólogo já não trabalham no nível do indivíduo e de sua descendência; começam a fazê-lo no da própria vida e de suas ocorrências fundamentais.* (Ibid.: p.178).

O desenvolvimento das três dimensões da medicina social, acrescida desta possibilidade de interferências da medicina nos processos vitais fundamentais com consequências nos processos históricos, já anuncia, sutilmente, a noção de biopolítica a que chegaremos mais a frente.

As possibilidades descritas no cenário da *bio-história* se estendem à mutações, portanto, que podem afetar a espécie humana e, logo, a própria história. Em consequência, Foucault pontua que: *o não-saber deixou de ser perigoso e o perigo radica no próprio saber. O saber é perigoso não somente por suas consequências imediatas no nível do indivíduo ou de grupos de indivíduos, mas no da própria história. Esta é uma das características fundamentais da crise atual.* (Id. Ibid.: p.179).

Note-se que a “crise atual” a que Foucault se refere é aquela transcorrida na década de 70 e não nos dias de hoje, mas acompanhar o desenvolvimento do pensamento proposto por ele é crucial para uma análise mais apurada e rigorosa do tema em questão. Esse ponto da discussão, sobre a crise, é capital para o desdobramento da dissertação em que conversamos sobre as implicações do saber e do excesso de saber no campo da psiquiatria, por exemplo, que vem historicamente arbitrando os limites entre normalidade e patologia. Já no tópico a seguir, onde Foucault aborda uma dimensão da questão em que a medicalização não encontra mais limites, vemos serem contemplados não mais problemas do campo da saúde e da doença especificamente, mas questões que envolvem uma questão normatizante.

O segundo aspecto (2) da crise é descrito justamente como o fenômeno da “medicalização indefinida”, designado por um funcionamento da medicina que passa a extrapolar o campo tradicional definido pela demanda do doente, ou pelos sofrimentos e mal-estares, por exemplo, que circunscreviam a atividade médica ao campo das doenças. Atualmente, a medicina responde ao que está além, e com uma frequência maior vê-se sua imposição ao indivíduo como ato de autoridade, visto não depender de uma demanda ou da existência da doença. (Id. Ibid.: p.180). Os objetos passam a ser outros e dentre estes o autor cita o campo da sexualidade para elucidar como *a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica.* (Id. Ibid.: p.181). Comenta:

A intervenção sistemática de uma terapêutica de tipo médico sobre os homossexuais dos países do leste europeu é característica da ‘medicalização’ de um objeto que não é, nem para o sujeito nem para o médico, uma doença. De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.181).

O que caracteriza, assim, a “medicalização indefinida” são as intervenções que cada vez mais se desdobram sobre o âmbito da existência individual e coletiva, visto que, como vimos: *hoje a medicina está dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente.* (Ibid.). Para o autor, o avanço da medicina social em suas distintas versões fez com que as pessoas perdessem o direito de não passarem por uma medicina oficial, perdendo assim: *o direito sobre seu*

próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. (FOUCAULT, [1974c] 2007: p.96).

É precisamente essa tópica a respeito da ausência de exterioridade da medicina que pode ser compreendida como o segundo sentido de medicalização encontrado na obra do autor. Nesse segundo sentido, construído no período pós-guerra, medicalização é expressa como símbolo da inexistência de exterioridade do saber da medicina. Isso refere-se à percepção de que em um dado momento da história, qualquer atribuição de sentido e nomeação da experiência do corpo passa pelo saber médico.

O percurso foucaultiano pela história da medicalização se deve ao desejo de reconstruir como a intervenção médica no cotidiano da vida progressivamente ganhou abrangência e importância, considerando que falar em medicalização é retomar: *o fato de que a existência, a conduta, o comportamento, o corpo humano, se incorporaram a partir do século XVIII em uma rede de medicalização cada vez mais densa e ampla, que quanto mais funciona menos escapa da medicina.*⁴⁰ (FOUCAULT, [1974b] 1977: p.4).

É importante ratificar que foi a partir do século XVIII que a medicina passou a *se ocupar do que não lhe dizia respeito* (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.182), adentrando campos que extrapolavam sua jurisdição habitual. A preocupação com a limpeza, o ar, a água e as construções também são utilizados como exemplos desse novo campo de ação, como vimos no desenvolvimento da medicina social urbana na França. Esse movimento de abertura, se assim podemos chamar, foi justamente o que permitiu o “desbloqueio epistemológico” da medicina após longo período de estagnação científica e terapêutica datada da época medieval. O desbloqueio veio, portanto: *quando [a medicina] começou a levar em conta outros campos, distintos dos doentes, quando se interessou por aspectos que não as doenças, e deixou de ser essencialmente clínica para começar a ser social.* (Id. Ibid.).

No século XVIII surgiu uma autoridade médica descentrada da figura de um indivíduo exclusivamente: *a autoridade médica é uma autoridade social que pode tomar decisões no nível de uma cidade, um bairro, uma instituição, um regulamento. É a manifestação daquilo que os alemães denominavam Staatsmedizin, medicina de Estado.* (Id. Ibid.).

Tal processo de expansão se constitui como um fenômeno antigo, que ainda hoje caracteriza a medicina moderna. Contudo, o que marca a diferença na atualidade é o fato da

⁴⁰ No original: “El hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, em cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos escapa a la medicina.”

medicina parecer não ter mais campo exterior. A medicalização, com isso, assume hoje uma proporção que parece não encontrar mais limites. Explica Foucault:

No século XIX, a medicina havia ultrapassado os limites dos doentes e das doenças, mas ainda existiam coisas que continuavam a ser – não médicas – e pareciam ‘não-medicalizáveis’. A medicina tinha um exterior e se poderia conceber a existência de uma prática corporal, uma higiene, uma moral da sexualidade, etc., não controladas nem codificadas pela medicina. (Ibid.: p.183).

Foucault ([1974a] 2010) refere-se, assim, ao fato de não existir mais domínios da vida ainda não-medicalizados, dizendo também que mesmo quando se deseja objetar tal fato, isso se dá pela via de uma medicina mais refinada. Afirma: *a antimedicina só pode contrapor à medicina fatos ou projetos revestidos de certa forma de medicina*. (Ibid.: p.184). Aqui o autor se refere às críticas de Illich à medicina terapêutica quando lhe contrapõe uma arte desmedicalizada da saúde pautada em mudanças no ritmo de vida, de alimentação, das condições de trabalho, que para Foucault conduzem da mesma maneira a uma elaboração que ainda assim tem como substrato um saber médico.

Outro exemplo disso se dá no campo da psiquiatria: Foucault localiza a psicanálise como a primeira forma de antipsiquiatria, e afirma que ao passo que esta desmedicalizou fenômenos englobados pela psiquiatria, também “psicanalisou” fenômenos como a neurose e a histeria ao retirá-los do rol das condutas cotidianas. Por último, cita brevemente a questão dos delitos analisados pela perspectiva da criminalidade e da perícia psiquiátrica⁴¹, para fundamentar que todas as formas de questionar a medicina remetem ao uso de um saber para contrapor outro. Conclui que: *não se consegue sair da medicalização e todos os esforços nesse sentido remetem a um saber médico*. (Ibid.: p.185).

Pelos exemplos fica claro que Foucault não propõe uma espécie de “antimedicina” apesar das diversas críticas, mas, ao contrário, uma análise do desenvolvimento da própria medicina que deu origem a um determinado modelo, como a única possibilidade de se localizar como a medicalização chegou ao ponto de não ter mais limites. Para ele: *A preponderância concedida à patologia se converte em uma forma geral de regulação da sociedade. A medicina já não tem campo exterior*. (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.186). Não se trata, portanto, de a partir das críticas se ansiar por um retorno a uma espécie de *higiene natural* ou *bucolismo paramédico*, mas sim de buscar compreender os sentidos e implicações da “decolagem” médico-sanitária do século XVIII.

⁴¹ Cf. FOUCAULT, [1974a] 2010.

Por fim, o último aspecto da crise (3) é denominado pelo autor como a economia política da medicina. Este ponto também não se constitui como uma novidade em si, visto que a ligação entre medicina e economia existe desde o século XVIII. Antes esse imbricamento se dava pela função da medicina de garantir a manutenção da força de trabalho, enquanto que atualmente o encontro acontece por outras vias levando àquilo que o autor chama dos “consumidores de saúde”:

Não simplesmente porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque pode produzir diretamente riqueza, na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros. Tendo-se convertido em objeto de consumo que pode ser produzido por uns – laboratórios farmacêuticos, médicos, etc. – e consumido por outros – os doentes potenciais e atuais –, a saúde adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado. (FOUCAULT, [1974a] 2010: p.188).

Assinala-se, por conseguinte, as contradições dessa relação pelo fato de que a entrada do corpo humano e da saúde no sistema de consumo não elevou proporcionalmente o nível de saúde (Idem). O autor conclui mais uma vez pelo que os aspectos que marcam a crise vêm se desenvolvendo desde o século XVIII: *quando surgiu uma economia política da saúde, quando apareceram os processos de medicalização generalizada, os mecanismos da bio-história. A dita crise atual da medicina nada mais é do que uma série de fenômenos suplementares exacerbados que modificam alguns aspectos da curva, mas que não a criaram.* (FOUCAULT, [1974a] 2010: p. 191).

No texto “A Política de saúde do século XVIII”, o autor sinaliza que o que se inaugurou no século XVIII foi uma nova forma de poder capaz de conferir à medicina “uma súbita importância” oriunda do *cruzamento de uma nova economia ‘analítica’ da assistência com a emergência de uma ‘polícia’ geral da saúde.* (FOUCAULT, [1976b] 2007: p.197). Foucault retoma historicamente as funções do poder, sendo desde antes da Idade Média a de garantir a guerra e a paz, depois a de manter a ordem e organizar o enriquecimento, e no século XVIII a nova função: *a disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade.* (Id. Ibid.). É a “polícia” que garante o exercício dessas três funções, porém a expressão não se relaciona exclusivamente à instituição policial, mas sim a um conjunto de instituições voltadas à manutenção da ordem, do enriquecimento e da saúde da população.

A partir disso é que se constituiu posteriormente *o imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral.* (Id. Ibid.). Ao referir-se à *noso-política* como questão do século XIX, Foucault comenta:

O surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto. Medicina ‘privada’ e medicina ‘socializada’ relevam, em seu apoio recíproco e em sua oposição, de uma estratégia global. (FOUCAULT, [1976b] 2007: p.194).

2.3 Biopolítica e regulamentação da vida

O percurso analítico feito até aqui se configura como uma fase preliminar e, de certa forma, preparatória para o surgimento do conceito de biopoder. Através da articulação entre as construções sobre a medicalização social pela extensão do poder médico e a noção de governo da vida, Foucault preparou o solo para a noção de biopoder, que é o ponto que melhor nos auxilia no retorno que propomos fazer à noção de medicalização, além introduzir o debate dos próximos capítulos.

Nas conferências de 1974, algumas noções importantes já estavam em discussão, contudo a principal ferramenta de análise sobre o exercício de poder era a noção de disciplina – que explicitaremos brevemente através de uma figura central em seus debates que foi o hospital e seu processo de reformulação no século XVIII. Apenas posteriormente Foucault introduziu uma nova matriz analítica apoiada no conceito do biopoder, quando já havia introduzido também a ideia de população.

No século XIX, houve um fenômeno generalizado de estatização do biológico, ilustrada por uma ênfase no poder sobre a vida do homem enquanto ser vivo pertencente a uma espécie, a que o autor chamou de um momento de “bio-regulamentação pelo Estado”. (FOUCAULT, [1975-1976] 2005). Esse é o ponto fundamental para iniciarmos então a reconstrução dessa análise junto com Foucault.

Como debatíamos acima, o que permitiu as transformações que originaram a “polícia da saúde” e a “saúde para todos” foi uma preocupação com o crescimento demográfico europeu e os efeitos político-econômicos da acumulação dos homens. Este grande crescimento, somado à necessidade de controlá-los, coordená-los e integrá-los aos aparelhos de produção submetidos a um mecanismo de poder mais rigoroso, fez aparecer inicialmente a noção de “população”. (Ibid.). Neste ponto, Foucault ([1976b] 2007: p.198) comenta que aí se esboça um projeto de tecnologia da população, interessada em números que expressassem os índices de natalidade, das estimativas demográficas, das esperanças de vida, do

desenvolvimento da educação. Diz ele: *neste conjunto de problemas, o “corpo” – corpo dos indivíduos e corpo das populações – surge como portador de novas variáveis.* (Ibid.: p.198).

Quando cita a questão da *noso-política* no século XIX, o autor a situa como uma tecnologia sanitária para lidar com a população; isso se dá em função do interesse pelo controle dos corpos e pelo incentivo à saúde. Sendo assim, a primeira característica fundamental é (1) o surgimento da *família medicalizada-medicalizante*, que passou a funcionar como a primeira instância de medicalização dos indivíduos na medida em que os pais assumiam os cuidados de seus filhos: [...] *desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares [...], constituem algumas das leis morais essenciais da família.* (Idem, Ibidem: p.199). Assim, o conforto, bem-estar e a saúde das crianças assumem o lugar de obrigação moral das família. Todo funcionamento da política de saúde constituída no século XIX pode ser compreendido somente através deste elemento central do século XVIII – *a família como agente mais constata da medicalização.*

A segunda característica desta política é (2) *o privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social.* A medicalização dos ambientes conduziu a uma preocupação crescente com a higiene dos espaços. Esta era compreendida, nessa época, como o regime de saúde da população, sendo, portanto, coletiva e exercida a partir de uma medicina-administrativa, que teve por objetivo: *o desaparecimento dos grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de morbidade, o aumento da duração média de vida e de supressão de vida para cada idade.* (Ibid.: p.201).

Essa preocupação maior situa a medicina como a instância de controle social urbano, como comentam Ortega e Gaudenzi⁴² (2011): *uma vez que a industrialização e a força de trabalho passam a ser elementos fundamentais para a força de Estado, a análise minuciosa de cada momento da vida, das doenças endêmicas, da proporção de nascimentos, da velhice e da morte torna-se fundamental.*

Por último, vimos a medicalização da vida, mais especificamente, pelo controle dos corpos através da inserção dos indivíduos em regras de higiene que passaram a arbitrar sobre questões referentes à alimentação, vestuário, moradia. O alcance de tais fins implicou em intervenções autoritárias de higiene e de controle que já esboçavam, também, uma atenção aos grandes índices populacionais. A noção de população, como veremos adiante, surgiu diretamente associada à economia:

⁴² Artigo online disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2112.pdf>

Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à 'economia social' e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do *habitat*). (FOUCAULT, [1976b] 2007: p. 202).

Os pontos tratados acima – o surgimento da população e as variáveis de saúde, a medicalização da família e dos indivíduos, e a complexo médico-administrativo no controle da higiene coletiva – constituem-se como o pano de fundo para o questionamento do hospital no século XVIII. (FOUCAULT, [1976b] 2007). O hospital configura-se como espaço inadequado visto que: *o objeto da medicalização deve ser a população em geral e seu objetivo uma melhoria de conjunto do nível de saúde.* (Ibid.: p.203). O resultado disso é que, somado à função de higiene pública assumida pela medicina, se espalha neste século a ideia de substituição do hospital por um corpo médico difundido pela sociedade; o que não chega a acontecer efetivamente em termos de extinção do espaço hospitalar. Este passa a ser reformulado, já que seu desaparecimento, na época, se constituiu como uma utopia.

No final do século XVIII, com a diferenciação entre uma nova ordem e a medicina, surgiu a *disciplina* em termos de organização e prática. A partir desta e da reestruturação dos espaços hospitalares, é que se pôde pensar em uma medicina voltada tanto para o indivíduo quanto para a população, já que antes do século XVIII o hospital não se constituía como um espaço terapêutico, sendo essencialmente um reduto de assistência caritativa e exclusão dos mais pobres. Ainda no começo deste mesmo século, não era a figura do doente que marcava a função do hospital, este permanecia como: *lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.* (FOUCAULT, [1974d] 2007: p.102).

Importante sublinhar que neste período inexistia uma medicina hospitalar, assim como o hospital não era um lugar de cura. A novidade das reformas hospitalares do século XVIII veio da tentativa de medicalizar o hospital e tornar a medicina hospitalar, sendo o primeiro passo neste sentido a reordenação dos espaços, promovida *a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. [...] É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização.* (Ibid.: p.105-107). O poder disciplinar tinha como estratégia fundamental a observação, o exame, o cálculo e a

comparação dos indivíduos com uma norma pré-estabelecida, trazendo-os para um campo de visibilidade. (LUPTON, 1997).

É a partir, então, da disciplina, da higiene e das reformas dos espaços hospitalares que indivíduo e população tornam-se objeto privilegiado do saber e da prática médica, sendo esta até então vinculada a uma medicina do meio e a uma concepção natural das doenças, influenciada pela teoria botânica de Lineu à época. (FOUCAULT, 2007). Esperava-se que a partir dessas reformulações pudessem se articular, no espaço hospitalar, o saber médico e a eficácia terapêutica, servindo ainda de *estrutura de apoio ao enquadramento permanente da população pelo pessoal médico*. (FOUCAULT, [1076b] 2007: p.206). Assim, é importante notar que:

A reforma dos hospitais, mais particularmente os projetos de sua reorganização arquitetônica, institucional, técnica, adquiriu importância, no século XVIII, graças a este conjunto de problemas que articulam o espaço urbano, a massa da população com suas características biológicas, a célula familiar densa e o corpo dos indivíduos. (Ibid.: p.207).

Na visão de Robert Nye (2003), é no texto “A Política de saúde do século XVIII” de 1976 que Foucault apresenta uma tese mais coerente a respeito da medicalização, ao rejeitar uma noção de medicalização enquanto algo vertical e preferir falar da intervenção médica em múltiplos espaços do corpo social da saúde. Embora Foucault ainda mencione no texto a questão da intervenção médica como algo autoritário e de controle, ele descentraliza a ideia de poder médico através dos discursos disciplinares que atuam em múltiplos corpos de modo individual, em especial nas crianças enquanto objetos de uma “higiene” transmitida também pelas famílias. (NYE, 2003).

A partir do século XVIII, a *disciplina* tomou forma em seus princípios mais fundamentais enquanto uma prática de poder, porém seu exercício data da Idade Média e da Antiguidade – os centros religiosos e o próprio regime escravo são exemplos de espaços que tinham nos mecanismos da disciplina as bases de seu funcionamento, onde as ações tinham como alvo o corpo individual. Portanto, pensar a sociedade disciplinar e as elaborações do autor a respeito do poder é perceber que Foucault, através de suas análises, destituiu o Estado de um lugar central e detentor exclusivo de poder; ele esfacela essa centralidade ao atribuir os poderes às micro manifestações, disseminadas e capilarizadas. É, pois, a partir dessa capilaridade do poder nas relações sociais, que Foucault apresenta uma concepção de estratégias de poder que incidem nos corpos e na vida.

Lupton (1997) destaca esta como uma das importantes distinções do pensamento foucaultiano em contraponto a críticos mais ortodoxos. A autora assegura que: *uma*

*importante compreensão foucaultiana sobre o poder no contexto médico é a ênfase na natureza dispersa do poder, na falta de uma razão política central.*⁴³ (LUPTON, 1997: p.100).

Em *Microfísica do Poder*, Foucault fala sobre a incidência do poder no próprio movimento da vida, apontando o surgimento de uma nova dimensão microscópica deste:

Mas quando penso na mecânica do poder, penso em sua forma capilar de existir, no ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos, atinge seus corpos, vêm se inserir em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana. **O século XVIII encontrou um regime por assim dizer sináptico de poder, de seu exercício no corpo social, e não sobre o corpo social.** (FOUCAULT, 2007: p.131, grifo nosso).

Para compreender a entrada de um novo poder – o biopoder – juntamente com a noção de população, é necessário repassarmos o modelo da soberania clássica. Neste vigorava o poder de *fazer morrer ou deixar viver* que situava o indivíduo, súdito, num lugar de neutralidade, ao mesmo tempo em que o inseria num campo político de poder. De acordo com o autor, o direito de vida e morte concedido ao soberano conduzia a um paradoxo visto que diante desse poder: *a vida e a morte não são desses fenômenos naturais [...] que se localizariam fora do campo do poder político. [...] Isso quer dizer no fundo que, em relação ao poder, o súdito não é, de pleno direito, nem vivo nem morto. Ele é, do ponto de vista da vida e da morte, neutro.* (FOUCAULT, [1976] 2005: p.286). Pertencia ao soberano a decisão sobre um fenômeno que não se permitia ser espontâneo ou natural, sendo consequência direta de sua vontade o direito de estar vivo ou morto.

Na aula de 17 de março de 1976, Foucault fala da passagem de uma sociedade suplicante e espiritualizada para uma outra disciplinar e estatal, mostrando a transformação do modo de incidência do poder sobre o indivíduo. O efeito desse poder derivado do direito de soberania – fazer morrer ou deixar viver – era exercido pelo direito de matar atribuído ao soberano: *é porque o soberano pode matar que ele exerce seu direito sobre a vida.* (FOUCAULT, [1976] 2005: p.287).

Na visão de Foucault, esse direito de soberania não chegou a ser extinto, mas sim perpassado e complementado a partir do momento em que surgiu um poder inverso: o de *fazer viver e deixar morrer*. Essa transformação não se instalou de repente. Foucault localiza após a metade do século XVIII o nascimento de uma tecnologia de poder distinta e original, sendo uma: *que não exclui a primeira, que não exclui a técnica disciplinar, mas que a embute*

⁴³ No original: “Another important dimension of the Foucauldian understanding of power in the medical context is an emphasis on the dispersed nature of power, its lack of a central political rationale.”

[...]. *Essa nova técnica não suprime a técnica disciplinar simplesmente porque é de outro nível, está noutra escala, tem outra superfície de suporte e é auxiliada por instrumentos totalmente diferentes.* (Id. Ibid.: p. 289).

Essa nova técnica de poder engloba a tecnologia disciplinar ao invés de eliminá-la por se tratar de um outro nível de ação, que tem como alvo de interesse o corpo pensado enquanto massa, e não mais o corpo individual. Se a primeira tomada do poder pela disciplina é individualizante e microfísica, a segunda surge como um poder massificante que abrange a esfera macro da vida:

Mais precisamente, eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, [1976] 2005: p.289).

Na análise sobre o poder, vemos que o autor apresenta duas entradas, ou estratégias, deste como centrais: uma "anátomo-política do corpo humano" e uma "biopolítica da espécie humana". A primeira vertente diz respeito a um poder disciplinar, todos os processos de adestramento e domesticação do corpo fazendo-o um corpo útil para a sociedade de regida pelo mercado. A segunda tem a ver com o advento do indivíduo pensado enquanto espécie, juntamente com a ideia de uma população a ser regulada. Diferente da técnica disciplinar que se aplica ao corpo particularizado, surge outra tecnologia que se aplica à vida dos homens: trata-se do surgimento do Biopoder.

A preocupação desloca-se da figura do indivíduo exclusivamente e passa a integrar os índices de natalidade, mortalidade, as taxas de reprodução e outros procedimentos estatísticos de conjunto. Tais fenômenos adicionaram à medicina, de forma mais acentuada, a função de higiene pública: *com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população.* (FOUCAULT, [1976] 2005: p.291).

Nesta época, a estatística ganhou relevância por ser útil na medição dos processos globais que interessavam a essa nova tecnologia de poder. O mapeamento de fenômenos espontâneos, ou acidentais, assim como as primeiras demografias, deram origem a políticas de natalidade, por exemplo, e à esquemas de intervenção nesses fenômenos de conjunto. Segundo o autor, foi através destes campos de interesse – além das morbidades, das cidades e

do meio ambiente, para citar alguns outros – que a biopolítica pôde extrair seu saber e definir as arenas de incidência de seu poder. Nessa nova tecnologia, a ênfase não está tanto na modificação de um fenômeno em particular, mas sim na determinação destes no que têm de globais – são as previsões gerais, as estimativas, as probabilidades e as estatísticas que interessam.

O surgimento da noção de população enquanto elemento essencial desse novo momento, somado à natureza dos fenômenos valorizados, deram as condições para o surgimento de mecanismos reguladores. Estes tinham como principal objetivo fixar um equilíbrio nos fenômenos globais, buscar uma espécie de homeostase numa população irregular e aleatória de seres vivos a fim de otimizar o estado de vida. (FOUCAULT, [1976] 2005). Não se trata, portanto, de um interesse pelo indivíduo naquilo que este tem de singular, mas sim de: *levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação*. (FOUCAULT, [1976] 2005: p. 294).

Se antes o exercício do poder era realizado por um soberano sobre o amparo do “fazer morrer ou deixar viver”, a partir do século XIX este poder passa a não ser mais exercido por alguém, mas no interior de instituições que tomam consistência atravessadas por relações de poder. Observamos, portanto, uma inversão dos poderes onde se presentifica o gerenciamento e regulação da vida dos indivíduos na medida em que estes compõem índices. Houve uma passagem do sistema de soberania sobre a morte ao sistema de regulamentação da vida - sem que um tenha se sobreposto ao outro.

Esse poder que se exerce por meio da regulamentação consiste fundamentalmente em “fazer viver”. Em um dos momentos de sua análise sobre os efeitos da emergência desse novo poder, Foucault situa a desqualificação da morte e sua desvalorização enquanto símbolo deste novo poder. Diz ele:

Agora que o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no “como” da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder. [...] Isso sobre o que o poder tem domínio não é a morte, é a mortalidade. (FOUCAULT, [1976] 2005: p. 296).

O biopoder mantém como objetivo a extração, manipulação e utilização das forças, tal qual se exprimia pelos mecanismos disciplinares, exceto por utilizar caminhos e tecnologias diferentes. Trata-se, em ambos os casos, de uma: *tecnologia do corpo, mas, num caso, trata-se de uma tecnologia em que o corpo é individualizado como organismo dotado de*

capacidades e, no outro, de uma tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto. (FOUCAULT, [1976] 2005: p. 297). O velho poder de soberania havia se tornado obsoleto e insuficiente para gerenciar uma sociedade prestes a uma explosão demográfica e em meio aos processos de industrialização da época.

Enquanto na dinâmica da soberania a transgressão era o motivo de agravamento das práticas disciplinares, sendo a imagem da resistência ao poder, vemos que na modernidade o retrato mudou. Falar em transgressão na biopolítica implica em pensar também formas de resistência ao poder, visto que, para Foucault, o corpo domesticado e produzido nos jogos de poder é também o corpo que resiste às suas manifestações. Alguns autores utilizam as teorias foucaultianas para pensar no indivíduo dócil e passivo, ainda que o autor tenha dado outros encaminhamentos para essa percepção. Lupton comenta que: *Foucault foi cuidadoso em enfatizar com frequência de que onde existe poder também existe sempre a resistência, o poder inevitavelmente cria e trabalha através de resistência. Ele reconhece que a existência de estratégias de poder não necessariamente correspondem a exercício de poder [...].* (LUPTON, 1997: p.102).

A figura utilizada para ilustrar o entrecruzamento dos artificios da disciplina e da regulamentação é a da sexualidade no século XIX, cujo campo, afirma Foucault, assumiu um lugar de grande relevância, e as razões disso se localizam no que vimos discutindo até então. Esta é considerada um elemento capaz de remeter tanto ao domínio do corporal, e logo, individual, quanto a um mais amplo na medida em que pode significar processos biológicos maiores, como a reprodução. Deste modo: *a sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação.* (FOUCAULT, [1976] 2005: p. 300). A importância assumida por esta no campo da medicina do século XIX, deve-se essencialmente à sua posição privilegiada: *entre organismo e população, entre corpo e fenômenos globais.* (Idem).

Em consequência, o elemento capaz de circular entre o disciplinar e o regulamentador, aplicando-se a ambos, é a *norma*:

A sociedade da normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. (FOUCAULT, [1976] 2005: p. 307).

Nesta sociedade orientada pelo poder de normalização, reaparece o tema da morte. Esta não se extinguiu com a passagem de uma técnica soberana para outra biopolítica, mas

trouxe questões quanto à: *como exercer o poder da morte, como exercer a função da morte, num sistema político centrado no biopoder?* (FOUCAULT, [1976] 2005: p.304). Isto é, por quais caminhos passam o tema da morte numa sociedade regida por um poder que se dirige à vida e, mais especificamente, ao “fazer viver”? Foucault introduz o racismo como elemento que dentro dos mecanismos do Estado, pelos paradoxos e excessos do biopoder, viabilizou o poder de morte. O racismo introduziu uma cisão da concepção do biológico enquanto um conjunto universal, na medida em que inseriu a noção de subespécies: *essa é a primeira função do racismo: fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder. [...] A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização. [...] é a condição para que se possa exercer o direito de matar.* (FOUCAULT, [1976] 2005: p.305-306).

O racismo possibilitou o exercício do biopoder “solucionando” a questão da morte num governo que tinha como desígnio a garantia da vida. Foi por essa via que se estabeleceu, ainda no século XIX, um vínculo entre a teoria evolucionista de Darwin e o discurso do poder. Segundo Foucault, as noções que embasavam a teoria da evolução, se pensadas num sentido lato, tornavam-se: [...] *não simplesmente uma maneira de ocultar um discurso político sob uma vestimenta científica, mas realmente uma maneira de pensar as relações de colonização, a necessidade das guerras, a criminalidade, os fenômenos da loucura e da doença mental, a história das sociedades com suas diferentes classes, etc.* (FOUCAULT, [1976] 2005: p.307).

Ao falar do racismo, Foucault recorre à figuras como a da criminalidade, da loucura e das anomalias, para exemplificar como estas criações serviram como formas do biopoder articular o poder de morte - que se exerce não apenas pela eliminação, mas também através da exposição à riscos, do ocultamento e do encarceramento – sobre aqueles mesmos a que também deveria, em tese, garantir a vida. Essas figuras foram pensadas em termos de racismo na ocasião em que foi preciso tornar possível, no biopoder, a condenação à morte: *em linhas gerais, o racismo, acho eu, assegura a função de morte no biopoder, segundo o princípio de que a morte dos outros é o fortalecimento biológico da própria pessoa na medida em que ela é membro de uma raça ou de uma população.* (Idem: p.308).

2.4 A governamentalidade

De um modo amplo, a perspectiva da governamentalidade em Foucault refere-se às diferentes artes de governar, sendo uma forma de “governo” dos homens, que se sobrepôs a outras como a disciplina ou o modelo da soberania. Esse tipo de governo se funda em uma sociedade regida pela biopolítica, em que a questão não se volta tanto ao poder sobre o individual, mas sim ao poder sobre o espaço, isto é, a preocupação voltada a circulação, movimentação e dinâmica das populações em vários âmbitos. A análise sobre o problema da população foi o fio condutor para o tema do governo, especificamente – Foucault faz esse debate em uma aula de 1978 em que trata da relação entre segurança, população e governo. (FOUCAULT, [1978] 2007). Para este, diferente da perspectiva desenvolvida por Maquiavel em “O príncipe”⁴⁴, existem diferentes formas de governo que se pautam, basicamente, nesses três aspectos.

Reconstituindo genealogicamente a questão do governo, o autor relembra que a arte de governar girava em torno de três formas. Primeiramente, um governo de si, em seguida outro – a qual se detém mais – baseado no modelo da família, que antecedeu a problemática da introdução da economia no seio do exercício político a nível do Estado. Diante dessa amplitude, a economia pensada pelo exemplo de governar centrado na gerência do pai de família sobre sua casa se mostrou insuficiente. O principal papel do governo era o de inserir a economia no exercício político. O autor cita o mercantilismo como a primeira expressão de racionalização do exercício do poder enquanto prática de governo. De acordo com Foucault, sobre a questão do desbloqueio que permitiu a configuração da arte de governar é possível dizer que, sem dúvida, existe uma *conexão com a emergência do problema da população; trata-se de um processo sutil que quando reconstituído no detalhe, mostra que a ciência do governo, a centralização da economia em outra coisa que não a família e o problema da população estão ligados*. (FOUCAULT, [1978] 2007: p. 288).

Foucault se interroga, no texto *Governamentalidade* (1978), como o mote da população propiciou o desbloqueio da arte de governo. Pela via dos problemas característicos de uma população é que se pôde localizar, através da economia, o tema do governo fora do campo da soberania e das leis. Isto é, através dessa mudança viu-se, por intermédio da estatística, que o conjunto dos homens carregava em si fenômenos com regularidades próprias, com números e constantes que extrapolavam e eram irredutíveis ao modelo do núcleo familiar: *as grandes epidemias, a mortalidade endêmica, a espiral do trabalho e da riqueza, etc.; revela finalmente que através de seus deslocamentos, da sua atividade, a*

⁴⁴ Cf. FOUCAULT, [1978] 2007.

população produz efeitos econômicos específicos. (FOUCAULT, [1978] 2007: p. 288). Com esse novo arranjo, a família saiu do lugar de modelo para tornar-se um segmento e logo assumir uma dimensão instrumental privilegiada da arte de governar em relação à população.

A população encarna, portanto, o lugar de objetivo final do governo, que não tinha como fim governar, mas sim melhorar a saúde, a expectativa e a qualidade de vida, além de aumentar a riqueza. Através da utilização de campanhas, mais diretamente, e técnicas, mais indiretamente, produziu-se meios de instrumentar a população sem que esta se desse conta: *a população aparece, portanto, mais como fim e instrumento do governo que como força do soberano.* (Ibid.: p. 289).

Essa nova configuração do governo da população inaugura também uma arte, baseada em táticas e técnicas inteiramente novas. Através da aproximação e conhecimento do que se passava a nível global com a população é que se constituiu um saber de governo, de modo que: *a passagem de uma arte de governo para uma economia política, de um regime dominado pela estrutura da soberania para um regime dominado pelas técnicas de governo, ocorre no século XVIII em torno da população e, por conseguinte, em torno do nascimento da economia política.* (Ibid.: p. 290). A população e seus problemas se constituem, assim, como variáveis que contribuem para a passagem de uma arte para uma ciência de governo, isto é, uma ciência política.

Nesse panorama, a medicina passa a ser significativa não apenas para o campo das doenças e enfermidades, mas na orientação dos modos de vida e comportamentos, na medida em que se ocupa da gestão integral da vida, tanto no que se refere às condutas dos homens quanto aos processos naturais coletivos. Na teoria foucaultiana, como comentam Ortega & Gaudenzi (2011): *a medicina passa a oferecer a matéria-prima das regras que devem orientar a vida moderna nas formas gerais de existência e do comportamento humano, sendo a instância criadora de normas de saúde e de vida, orientando comportamentos e definindo o que está dentro e o que está fora da norma.*

Foucault adverte que não se tratam de substituições de modelos e técnicas, mas sim de modificações nos arranjos. Não houve uma eliminação completa da soberania e da disciplina, posto que:

Gerir a população não queria dizer simplesmente gerir a massa coletiva dos fenômenos ou geri-los somente ao nível de seus resultados globais. Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe. A ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. [...] Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental,

que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais. (FOUCAULT, [1978] 2007: p.291).

Em suma, vimos que a teoria foucaultiana se detém inicialmente na entrada do saber médico na vida social e individual, visão esta que em um primeiro momento se aproxima de uma crítica mais ortodoxa. Contudo, há uma modificação nesse posicionamento inicial quando Foucault passa a trabalhar com a ideia de dissolução do poder para as relações tomando como eixo de análise as diversas modulações de entrada do poder sobre a vida por meio das relações em si.

Podemos concluir este capítulo afirmando que as noções de biopolítica, normalização e governo reencontram a discussão sobre a medicalização, tal qual pretendíamos construir, ao passo que versam sobre os crescentes artifícios, técnicas e modalidades pelas quais a vida passou a ser regida e atravessada pelo discurso científico da medicina. A diferença é que ao contrário de ser um discurso hierárquico e soberano da medicina para a sociedade, a ideia remete a algo que é diluído nas relações considerando a noção de governamentalidade que passa a integrar sua linha de pensamento. Conforme bem sublinha Nye: *no final, Foucault mostrou-se muito mais interessado em um tipo de poder biopolítico moderno que contou com cidadãos autônomos que abraçaram suas funções sociais como indivíduos do que em poder despótico que governou somente pela força.*⁴⁵ (NYE, 2003: p.118). Foucault, então, recusa a ideia de um poder vertical proveniente do Estado ao descentralizar o poder para as relações, o que inclui os indivíduos enquanto seres autônomos e, logo, participantes deste corpo social em questão.

Ao articularmos as noções de governamentalidade e biopolítica, fica claro o modo como a medicalização dos indivíduos caminhou se transmutando muitas vezes em discursos sobre a saúde, isto é, descortinando o interesse do biopoder para regulamentação dos processos de vida como um todo. Esse discurso não se alicerça mais na disciplina, onde os homens eram localizados a partir de uma distinção entre os que se enquadravam e os que não, ou entre os considerados normais e os anormais.

No discurso da biopolítica, podemos retomar a passagem mencionada por Foucault, de um cuidado que tinha como alvo o corpo, para outro que objetiva a alma. Enquanto na disciplina era a normalização dos indivíduos que estava em jogo, na biopolítica é a gestão do

⁴⁵ No original: “In the end, Foucault proved to be far more interested in a kind of modern biopolitical power that relied on autonomous citizens who embraced their social duties as individuals than in despotic power that ruled by force alone.”

conhecimento, a manutenção e a preservação da população através de uma racionalidade fundada no discurso científico.

Contudo, vimos que numa sociedade regulada pelo regime da biopolítica, o poder da medicina opera de modo menos opressivo e mais sutil. Este discurso age produzindo realidades, práticas e outros discursos que engendram o modo como o indivíduo constitui tanto o corpo quanto a subjetividade. É nesse sentido que vemos a dimensão produtiva desse *biopoder*, na medida em que ele impregna todo o tecido social manejando os indivíduos, seus modos de ser, agir e se constituir. (LUPTON, 1997). Nesse ponto, podemos localizar de modo mais claro que a medicalização para Foucault não tem a ver com o exercício da profissão médica especificamente, mas sim com os diferentes artifícios criados ao longo do tempo para regular e governar a vida humana.

Para o autor, diversos paradigmas médicos orientaram o saber e a constituição de um sistema de conhecimento associados a uma prática correlata a cada época. Lupton (1997) afirma que o diferencial do pensamento foucaultiano, e onde este se diferencia das críticas mais usuais, está em afirmar a não existência de um corpo humano autêntico, que existiria fora dos discursos e práticas da medicina. Ao contrário, em sua visão a constituição se dá por meio do olhar clínico exercido pela medicina em si. Ele criticava uma ilusão tributada aos movimentos contestatórios de sua época que acreditavam que as críticas levariam à liberdade ou a uma medicina não invasiva. Para o autor, isso não era possível justamente por avaliar que a medicina atravessa diretamente os modos de constituição e subjetivação humana.

A ideia de governamentalidade é esclarecedora para a compreensão de que, ao longo da história, a sociedade vai criando e renovando seus mecanismos de governo do indivíduo e do coletivo, embora estes mudem constantemente com o tempo.

Em nossa análise, o diferencial mais expressivo do modo como Foucault interpreta a medicalização, tomando-a como o impacto do discurso médico na vida do homem, está na afirmação do poder enquanto uma estratégia situada ao nível da relação, e não como predicado exclusivo de determinado grupo soberano. A própria noção de governamentalidade expressa acertadamente as formas pelas quais o poder se manifesta em diferentes níveis da sociedade.

Essa percepção nos fornece, desde já, um solo teórico importante para o desenvolvimento seguinte desta dissertação, que visa agregar novos elementos à medida que avança na linha histórica. Como bem resume Lupton (1997):

A perspectiva foucaultiana sustenta, pois, que é impossível transferir o poder de membros da profissão médica para pacientes. **O poder não é monopólio de um**

grupo social específico, mas sim algo relacional, uma estratégia que é transmitida e investida por todos os grupos sociais. Essa visão mais complexa sobre o poder vai no sentido de reconhecer a natureza colusória das relações de poder em relação à medicina. (LUPTON, 1997: p. 99-100, grifo nosso).

A partir de Foucault é que encontramos menção à não existência de um poder estruturado e verticalizado onde um grupo estaria no topo e outro no lugar de submissão. Ao apostar que o poder tem como principal atributo o fato de ser relacional, o autor rejeita a ideia de indivíduos passivos e ingênuos frente à expansão do discurso médico-científico - o que caracterizamos como uma não adesão à concepção da medicalização como um processo assimétrico e desigual que se passa a despeito dos indivíduos. Nesse sentido, o autor nos oferece uma visão mais ampla e original por avaliar que a medicina faz parte de um campo onde a sociedade atualiza, de forma recorrente, seus mecanismos de regulação.

Em decorrência desta “virada teórica” em que Foucault confere aos indivíduos um lugar de agência nesse meio, desestabilizando a crença de que o poder seria mérito de um grupo específico, é que se pode vislumbrar o caráter atual de tais proposições demonstrando como o tema foi tratado de um modo mais complexo do que por outros autores de sua época.

A assertiva de que o poder está disperso nas relações e de que, logo, todos têm um papel nessa rede, pode ser entendido como um prenúncio do capítulo seguinte, onde tratamos da medicalização como uma ação interativa e coletiva, composta por inúmeros atores com diferentes interesses e papéis que deixam de ser vistos como vítimas para protagonizarem os debates sobre a medicalização.

3 O TEMA DA MEDICALIZAÇÃO SOB A ÓTICA DA COMPLEXIDADE

O cenário sob o qual se estruturaram as críticas da primeira parte desta dissertação não é mais o mesmo neste segundo momento – o tema da medicalização conta hoje com um contexto sócio-cultural distinto de outrora. Tanto a sociedade quanto a cultura, o modo de ser, ver e se constituir subjetivamente mudaram radicalmente e, com isso, a forma como são percebidos os fenômenos que concernem à vida. Na atual configuração social em que vivemos, é possível ver como uma nova visão sobre o processo de medicalização suplantou um pensamento do período anterior, muito focado na injunção do saber médico sobre um indivíduo passivo. Se num primeiro apanhado a medicalização retratava a diminuição da autonomia e da liberdade individual frente ao controle social exercido pela medicina, numa análise mais atual são os aspectos do protagonismo e da participação ativa dos indivíduos nas disputas em jogo nesse processo que ocupam a cena de debates. Nesse recorte, a medicalização é um processo desigual que se dá para além do território da medicina.

A sustentação primordial das transformações em pauta nesta segunda parte está ancorada numa atualização da cultura. A discussão mais recente sobre a medicalização, décadas depois das primeiras críticas, conta com elementos que não estavam presentes na sociedade daquela época. Figuras importantes como o lugar da política, que na década de 60 era algo mais forte, se apresenta hoje de modo mais rarefeito. Logo, para dimensionar esse pano de fundo da sociedade moderna, é imprescindível retomar que mudou o repertório de significados e sentidos que contribuem para a constituição subjetiva do homem. Não é mais a religião, a política ou a força da tradição que localizam um indivíduo em uma determinada linhagem de pertencimento, fornecendo as bússolas de compreensão de si e do mundo. Ao contrário: *o mito da cientificidade desapropriou outros terrenos de significação, e tomou para si quase o monopólio da validação ideológica. A hegemonia do mito científico como fonte de sentido invade o modo como os indivíduos se apropriam de sua experiência subjetiva.* (BEZERRA, 2002: p.233). Na análise do autor:

Dois elementos da cultura atual concorrem para reforçar essa tendência. Um é a crise dos valores e metanarrativas tradicionais, de natureza religiosa, política ou histórica. Esta crise abriu espaço para **a hegemonia da ciência como discurso totalizante, capaz de fornecer não só explicação para os fatos do mundo mas também – e esta é a novidade – significação para os acontecimentos da**

existência. O outro é a verdadeira explosão tecnológica que vem caucionar o movimento anterior. (BEZERRA, 2002: p.233, grifo nosso).

Muitas mudanças na sociedade levaram a que hoje, para cada aspecto da vida cotidiana, existisse um *discurso competente* que desautoriza o discurso da vida, como conceituou Chauí (1981). As alterações em pauta têm impacto tanto na realidade social vivida, quanto na visão de mundo, considerando que a ciência parece ser hoje a lente privilegiada através da qual o indivíduo se orienta e dá significado à vida, tendo em vista um fenômeno característico desse período que é a penetração, cada vez maior, no imaginário social, de um vocabulário médico inspirado em um paradigma científico de auto-descrição das pessoas.

Nos dois tempos históricos recortados, ficam evidentes as diferenças tanto deste imaginário social, quanto de uma compreensão a respeito do que é o indivíduo. Houve a passagem de uma subjetividade interiorizada para outra exteriormente centrada, característica do presente, avessa à vivência dos conflitos internos, e embebida numa cultura marcada pelo discurso científico, que privilegia a neuroquímica do *self* e do cérebro em detrimento de crenças, desejos e afetos. (BEZERRA, 2002).

Longe de esvaziar as consequências dessa mudança por uma espécie de nostalgia, por uma ênfase excessiva ou valorativa num tempo passado, o intuito é marcar a virada cultural visível nas duas partes que estruturam essa dissertação, a fim de que possamos adentrar ao debate tendo em mente quê tecido social subjaz às discussões a cada época.

Este capítulo tem por objetivo apresentar o debate moderno em que se apresenta de modo mais claro e consensual uma discordância dos autores quanto à tese de assimetria do processo medicalizador. Partindo desta premissa, faremos um exercício exploratório a fim de delinear as principais orientações, tendências e eixos discursivos sobre o tema, subdividindo a escrita em diferentes chaves de análise com as quais dialoga ou se exprime tal conceito. Dentre os autores privilegiados na revisão estão Peter Conrad, Adele Clarke, Charles Rosenberg, Robert Crawford, David Armstrong, Nikolas Rose e outros.

Podemos extrair como pontos comuns da discussão o fato dos autores trabalharem no sentido de complexificar as análises e propor um pensamento mais nuançado sobre o tema, o que significa incluir diferentes fatores e determinantes na composição da medicalização que, para estes, extrapola o exercício exclusivo da profissão médica, contando com novos participantes e interesses. Outro ponto de destaque é o de que a não adesão à suposição de uma assimetria nesse processo ancora-se no fato de não trabalharem com a ideia de

passividade ou assujeitamento do indivíduo frente à uma ação que seria hierárquica e desigual infligida pela medicina. Adiantamos que esses são pontos centrais, em nossa leitura, para entender o que nomeamos como uma análise sob a ótica da complexidade.

Por diferentes vias de compreensão e sentidos atribuídos ao termo, parece-nos existir uma consonância de pensamentos sobre a medicalização corresponder a um processo interativo, complexo e matizado. Doravante, pretendemos elucidar o sentido dessas adjetivações, além de decompô-las mais detalhadamente a fim de dar visibilidade ao caráter heterogêneo de tal processo a partir do desdobramento do capítulo.

Inicialmente, recorreremos ao autor Charles E. Rosenberg (2006) que em um breve comentário, ou melhor, uma nota de rodapé sobre a medicalização, consegue dar o tom da discussão que propomos por esta via que remete à complexidade do tema.

Em seu texto “Contested Boundaries: psychiatry, disease and diagnosis”, Rosenberg não se dedica diretamente a pensar a medicalização, mas não deixa de manifestar sua preocupação com relação às formas como se tem abordado o tema. Segundo ele, o que sociólogos e críticos da saúde vêm chamando de medicalização corresponde a um fenômeno mais amplo e antigo, que envolve tanto a história da medicina quanto a atribuição de aspectos do sofrimento e da incapacidade humana para o reino da autoridade médica. Em breve nota de rodapé, o autor sugere cautela para conceituar a ideia. Isto é:

Uma precaução quanto à tendência em conceituar a medicalização como algo reificado, monolítico e inexorável - um ponto de vista que obscurece a natureza complexa, multidimensional, e inconsistente do modo pelo qual os conceitos e práticas médicas têm reivindicado maiores domínios de autoridade e ação social.⁴⁶ (ROSENBERG, 2006: p.408, tradução nossa).

A nosso ver, é precisamente essa “advertência” que parece balizar a escrita dos autores deste capítulo, que conduzem suas análises de modo a convocar a complexidade do processo adicionando novos elementos e pontos de vista.

Na concepção de Rosenberg (2006), o que por décadas vem sendo chamado de “medicalização” concerne, na prática, ao uso de vocabulários específicos em um determinado tempo e lugar para a designação de entidades de doença como uma ferramenta para conceituar e manejar, de uma só vez, comportamentos e sentimentos. O que o autor coloca em pauta é a necessidade de superação de uma abordagem simplista do assunto por considerar que o

⁴⁶ No original: “[...] a word of caution about the tendency to conceptualize medicalization as a reified, monolithic, and inexorable *thing*—a point-of-view that obscures the complex, multidimensional, and inconsistent nature of the way in which medical concepts and practices have laid claim to larger realms of social action and authority.”

fenômeno em questão não acontece de modo desconectado das engrenagens sociais que alcança, e pelas quais é também constituído. A argumentação refere-se às críticas que conferem à medicalização um caráter monolítico e linear, considerando que este tipo de análise pode obscurecer a própria natureza complexa deste processo, além de contingente e passível de disputas. Para ele, a ideia de:

‘Medicalização’ talvez possa ser melhor entendida como uma tendência de longo prazo nas sociedades ocidentais em direção a explicações reducionistas, somáticas e – cada vez mais – em termos de doenças específicas sobre os sentimentos e comportamento humanos, bem como a explicação dos males de modo inequivocamente físico. No entanto, o fenômeno permanece como algo complexo, inconsistente e contingente, mesmo se expansivo e cada vez mais difundido.⁴⁷ (ROSEMBERG, 2006: p.409, tradução nossa).

Fica claro, a partir daí, que o que se chama de medicalização, em diferentes momentos, está intrinsecamente ligado à inserção da ideia em um recorte espaço-temporal particular, sendo algo datado, e não se tratando, portanto, de um conceito abstrato capaz de ilustrar uma mesma ideia em tempos distintos. Algumas doenças foram criadas em um determinado momento, que não é aleatório, para servir como uma *arma retórica* diante de batalhas entre valores, concepções culturais e práticas sociais. Rosenberg acredita que houve um boom na busca por fundamentos físicos basais nos sentimentos e comportamentos, e com isso analisa que a medicalização se constitui como uma tendência antiga das sociedades ocidentais em direção ao reducionismo e ao somático. (ROSEMBERG, 2006).

Essa perspectiva é melhor abordada através do desenho da dissertação, onde podemos revisar de modo panorâmico as transformações e sentidos do termo ao longo dos anos, pelo modo como dialoga com o contexto em pauta.

3.1 As engrenagens sociais da medicalização: o pensamento de Peter Conrad:

Apresentamos a seguir as reflexões desenvolvidas pelo sociólogo americano Peter Conrad (1975; 1992; 2007) que há tempos se dedica ao tema, sendo um pensador central nas discussões e com quem dialoga outros dos pensadores mencionados na dissertação. Ao longo de sua obra, o autor transita por definições que, embora variem sutilmente, remetem a uma mesma concepção acerca do fenômeno em questão. No texto de 1992, encontramos uma

⁴⁷ No original: “Medicalization” might perhaps be better understood as a long-term trend in Western society toward reductionist, somatic, and — increasingly — disease-specific explanations of human feelings and behavior as well as unambiguously physical ills. Nevertheless, the phenomenon remains complex, inconsistent, and contin- gent, even if expansive and increasingly pervasive.”

definição de medicalização como: *um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou transtornos.*⁴⁸ (CONRAD, 1992: p.209).

Essa definição conversa, em certa medida, com o que Foucault (1976) afirmou no segundo capítulo sobre a medicalização se apropriar de objetos que antes não significavam doença nem para o sujeito e tampouco para o médico, como foi o caso da homossexualidade citada pelo autor. Conrad, no entanto, por um outro aporte enfatiza a relação estreita entre os estudos de sociologia e medicina ao longo da história, trazendo em seu livro de 2007 discussões mais profundas a respeito disso. Juntamente com outros pensadores (Conrad & Schneider, 1980), discorre sobre o tema da medicalização afirmando que o avanço dos aparatos e discursos da medicina sobre o terreno da vida cotidiana é notório visto a ampliação do raio de intervenção para além dos campos tradicionais de atuação, levando a que cada vez mais problemas sociais sejam reconsiderados a partir do enquadre de doenças.

Nesta visão, a medicalização levou a que alguns comportamentos e vivências fossem redefinidos enquanto condições médicas, passando de problemas considerados desviantes, como o alcoolismo, a homossexualidade e a loucura, até processos historicamente reconhecidos como naturais como a menopausa e o parto, por exemplo. Houve uma transposição de problemas do campo da moral para o campo médico. (CONRAD, 1992; 2007). Apesar das mudanças sutis nas definições e sentidos cunhados pelo autor em diferentes produções teóricas, um traço comum às mesmas refere-se a este deslocamento para o terreno da medicina de comportamentos antes não definidos como problemas médicos, enfatizando em sua obra a transposição de questões do campo da moral para o médico.

Segundo Clarke *et al* (2010: p.50): *ao desenhar a teoria interacionista da rotulação, Conrad and Schneider (1980) denominaram esta como uma transformação da ‘maldade à doença’.*⁴⁹ Nas palavras do próprio Peter Conrad:

Embora a medicalização ocorra principalmente com desvios e eventos normais da vida, esta corta uma larga faixa da nossa sociedade e abrange grandes áreas da vida humana. [...] Comportamentos que antes eram definidos como imorais,

⁴⁸ No original: “Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness or disorders.”

⁴⁹ No original: “Drawing on interactionist labeling theory, Conrad and Schneider (1980) termed this a transformation from ‘badness to sickness’”.

pecaminosos, ou criminosos, receberam significados médicos, passando da maldade à doença.⁵⁰ (CONRAD, 2007: p.6, tradução nossa).

Conrad (1992) comenta que a partir da década de 70, o termo *medicalização* entrou no cenário de debates e foi alvo de críticas prioritariamente referidas aos excessos da medicalização [*overmedicalization*] para a partir disso assumir também diferentes sentidos. Na verdade, o autor sublinha que o termo foi usualmente mais utilizado neste sentido de crítica a tais excessos do que para significar somente o fato de “tornar algo médico”, que seria o aspecto mais descritivo do termo. Lembra também que, embora a maioria dos estudos sobre tal fenômeno tenham sido críticos, e aí ele mesmo se inclui nisso, é importante assinalar a medicalização como parte de um processo sócio-cultural amplo, chamando a atenção para o fato de tratar-se de algo mais complexo que uma tradução direta de que algo se tornou questão médica simplesmente.

A questão da definição ou do significado de medicalização não apresenta uma matriz consensual homogênea, o que faz com que distintos modos de compreensão possam ser encontrados na literatura. As definições trazidas até então podem levar a uma concepção mais rápida de que a questão desenvolve-se especialmente no território da medicina, o que o próprio Conrad, em nossa apreciação, se empenha em desconstruir ou no mínimo relativizar ao assumir que a medicalização pode envolver ou não a profissão médica especificamente, sendo esse é um dos pontos cruciais de seu pensamento.

Por conta disso, diferentemente de considerar a existência de um imperialismo médico, tal qual Ivan Illich pontua em sua crítica dirigida à medicina propriamente dita, Peter Conrad concebe a medicalização como uma *ação coletiva* e esse nos parece ser um diferencial importante na sua abordagem ao tema. A medicina participa deste processo, mas divide esse território com diferentes atores que longe de serem passivos, são participantes-chave. Isso, a nosso ver, pode ser vislumbrado como um dos acentos que caracterizam a medicalização de acordo com a sociedade contemporânea em que vivemos, em que este processo passa a ser identificado no interior de um campo de interesses desiguais, e por vezes econômicos. Avaliando então que não se trata de um conjunto unidirecional de interesses, a ideia de um “imperialismo” nos parece insuficiente para alcançar a complexidade em questão.

Outros autores compartilham a ideia de que a crítica ao processo de medicalização que ainda hoje é forte, precisa ser pensada de forma mais complexa e matizada visto não ser mais

⁵⁰ No original: “Although medicalization occurs primarily with deviance and ‘normal life events’, it cuts a wide swath through our society and encompasses broad areas of human life. [...] Behaviors that were once defined as immoral, sinful, or criminal have been given medical meaning, moving them from badness to sickness.”

possível olhar para o fenômeno de modo vertical ou contínuo, resultante do exercício da medicina exclusivamente. (CONRAD, 1992; 2007; ROSENBERG, 2006). Estes consideram que o envolvimento ativo de indivíduos evidencia o caráter heterogêneo e interativo da medicalização hoje ao englobar diversas engrenagens sociais, conforme aponta Conrad. (1992; 2007).

A premissa de que se trata de um processo carregado de irregularidades indica que a avaliação do processo depende da questão, dos interesses envolvidos e dos vetores sociais em jogo, por exemplo. Tal irregularidade é melhor exemplificada, por exemplo, quando em um de seus textos, Conrad assinala que a medicalização tem envolvimento variável da profissão médica, visto que em algumas condições este envolvimento pode ser relativo e em outras desempenhar um papel central. (CONRAD *et al*, 2010). Há casos ainda em que a medicina desempenha um papel marginal, não sendo o tratamento médico de fato um requisito para medicalização de determinada situação, como foi o caso do alcoolismo que foi principalmente medicalizado pelo movimento social – o autor cita o caso dos Alcoolicos Anônimos - e somente posteriormente os médicos adotaram a visão do alcoolismo como doença. (CONRAD, 2007).

Num texto mais recente Conrad introduz um novo sentido para o termo medicalização, em que o ponto crucial envolveria uma questão de definição: *de quando um problema passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, compreendido através de um enquadre médico e ‘tratado’ por meio de intervenções médicas.*⁵¹ (CONRAD, 2007: p.5). Contudo, o autor pondera que embora medicalizar se traduza diretamente em tornar algo médico, questões quantos aos excessos e aos limites não estão dados por isso somente. O autor então sublinha que: *o ponto central na concepção da medicalização é que uma entidade que é considerada como uma enfermidade ou uma doença não é ipso facto um problema médico; ao contrário, é necessário que seja definido como um.*⁵² (Id. Ibid. p.5-6).

O lugar ocupado pela medicina ao longo dos tempos contribuiu para que a profissão legislasse sobre virtualmente qualquer coisa que pudesse ser qualificada como saúde ou doença. No entanto, seu papel não é solitário e é isso que Conrad enfatiza ao longo de sua obra, posto que são necessários agentes ativos para que um problema seja medicalizado,

⁵¹ No original: “The key to medicalization is definition. That is, a problem is defined in medical terms, described using medical language, understood through the adoption of a medical framework, or ‘treated’ with a medical intervention.”

⁵² No original: “The main point in considering medicalization is that an entity that is regarded as an illness or disease is not ipso facto a medical problem; rather, it needs to become defined as one.”

lembrando ainda que, em sua visão, o tratamento médico não é um requisito hoje para medicalização. (Ibid.). Isso ilustra precisamente o que o autor quer tensionar quando aponta que: *a medicalização é mais complicada do que a simples anexação de novos problemas por doutores e profissionais médicos.*⁵³ (Ibid.: p.6). Um exemplo disso é o fato da medicalização ser hoje utilizada, em muitos casos, em favor de usuários que tem nos diagnósticos a moeda de negociação de benefícios sociais e econômicos, assim como o acesso a serviços e tecnologias de saúde. Isso é mais um argumento que fala a favor de tratar-se de um processo variável e desigual.

Diante de tamanha complexidade do tema, o autor propõe uma perspectiva inovadora de pensamento ao propor que a medicalização seja refletida em diferentes graus. Tal perspectiva concebe a medicalização como um processo dimensional, que sob a ótica da diferenciação por níveis, pode conter condições minimamente medicalizadas - como a compulsão sexual - até outras completamente medicalizadas - como o parto e a depressão maior. (CONRAD *et al.*, 2010: p. 2). Pensar em uma diferenciação por graus significa analisar a medicalização levando em consideração cada caso e o contexto social subjacente, isto é, os vetores em jogo.

Uma das dimensões dessa noção de diferenciação por níveis é a possibilidade de elasticidade de uma categoria médica⁵⁴. Isto é, algumas categorias são bem delimitadas e restritas, enquanto que outras, mais difusas, podem se expandir e englobar um maior número problemas. (CONRAD, 2007). Esse aspecto pode ser melhor elucidado no campo dos diagnósticos em psiquiatria, por exemplo, como veremos a frente. Essa temática sobre a expansão das fronteiras das categorias nosológicas é trazido pelo autor como um ponto que não foi contemplado pelos debates da década de 70, sendo considerado por este como um novo dilema em pauta.

Conrad (2007) considera que existem, pelo menos, três níveis de análise a respeito da medicalização: (1) o conceitual, (2) o institucional e (3) o interacional.

No primeiro nível (1), o vocabulário médico é utilizado na definição e ordenação do problema, sendo que poucos profissionais médicos podem estar envolvidos e sem que um tratamento seja necessariamente aplicado. O vocabulário médico serve especificamente como

⁵³ No original: "It soon became clear, however, that medicalization was more complicated than the annexation of new problems by doctors and the medical profession."

⁵⁴ O autor utiliza o exemplo da demência senil e da doença de Alzheimer nos Estados Unidos. Cf. CONRAD, 2007.

modelo de compreensão da realidade para outros discursos que podem estar fora do campo da medicina em si.

No segundo (2), organizações podem adotar uma abordagem médica para tratamento de um problema particular em que a organização é especializada, podendo profissionais médicos funcionarem como uma espécie de “guardiões” de benefícios que são legítimos somente em espaços em que se adota definições médicas para determinados problemas, sendo a rotina diária comandada por profissionais não médicos. Ou seja, esse nível se refere àqueles que podem falar e tratar de um problema a partir de convenções instituídas pela especialidade médica. Por exemplo, quando profissionais da educação se utilizam de diagnósticos médicos para encaminhar alunos para especialistas.

No terceiro nível (3), o interacional, o médico está mais diretamente envolvido ao passo que este nível envolve a relação médico-paciente, quando o médico define um tratamento médico para uma questão social ou quando define um problema como algo do campo médico.

Ao discutir essas diferentes perspectivas e níveis, Conrad (2007) cita ainda o fato de existirem condições completamente medicalizadas, como a surdez e o parto, algumas parcialmente, como a menopausa, e outras minimamente, como é o caso da compulsão sexual, abordando a medicalização em diferentes graus. Isso se refere a algumas condições poderem ser medicalizadas em um nível e não em outro, por exemplo, considerando os níveis conceitual, institucional e interacional citados. O autor enfatiza esse tópico por acreditar que o processo de medicalização pode ser melhor analisado se o aspecto variável e desigual do mesmo for levado em consideração.

A inquietação de alguns críticos dirige-se à possibilidade da medicalização transformar aspectos da vida cotidiana em patologias, o que estreita os limites do que é considerado aceitável e mesmo comum, conforme denomina Allen Frances (2010) sobre vivermos em um período de “extinção da normalidade”. Além de centrar a origem do problema no indivíduo, isso tem como consequência o fato de que as intervenções também passam a se dar neste mesmo nível e não através de manejos coletivos⁵⁵ ou sociais. Deste modo, os benefícios lembrados por Conrad não são menos importantes, mas os avanços da medicalização em direção a um rebaixamento da tolerância à diferença e ao estreitamento da normalidade são matéria de preocupação, a qual nos deteremos no desfecho deste capítulo ao aprofundarmos o debate no campo da psiquiatria.

⁵⁵ Cf. CONRAD, 2007.

Na atualidade, as balizas que delimitam o que se compreende por normalidade e patologia se apresentam mais fluidas à medida que os critérios que delimitam tais fronteiras – também influenciadas pela própria medicalização (CONRAD, 2007) – passam a ser informados, por exemplo, por manuais diagnósticos e estatísticos descritivos, a ponto de critérios englobarem mínimos detalhes do comportamento humano. Segundo Conrad (2007), isso pode colaborar para a individualização de problemas e para a captura de uma variedade de traços da vida sob o nome de patologias. Como comenta em seu livro:

Uma das minhas principais preocupações a respeito da generalização da medicalização da sociedade é a transformação de inúmeras diferenças humanas em patologias. [...] Há muito tempo eventos normais da vida foram transformados em eventos médicos, como a gravidez, o parto, a menopausa, o envelhecimento. [...] Praticamente qualquer diferença do ser humano está suscetível a ser transformada em um tipo de patologia, um transtorno diagnosticável, sujeito a intervenção médica. [...] O grande perigo disso é que transformar toda diferença em patologia diminui nossa tolerância e apreço pela diversidade da vida humana.⁵⁶ (CONRAD, 2007: p.148, tradução nossa).

Conrad (2007) faz uma ressalva importante ao dizer que aquilo que chamou previamente de uma individualização de problemas sociais não deixa de ser uma das consequências do próprio processo de medicalização. Para ele, gira em torno disso uma das consequência mais sérias da medicalização, que é a tradução de dificuldades humanas em questões individuais apenas, descontextualizadas de problemas sociais, o que relega a segundo plano a pertinência de um olhar sobre o conjunto existencial maior.

Nesse quadro, a diferença por ela mesma, que usualmente caracterizava o singular e o estilo de um indivíduo, perdeu espaço para um momento de “compulsão” a nomeações, em que as idiossincrasias passam a ser descritas, por exemplo, em termos de diagnósticos psiquiátricos. Com isso, o homem passa a ter o seu comportamento esquadrihado em múltiplas patologias dignas de tratamento ou intervenção de saúde, quando não aprimoramento, como é o caso do uso do medicamento metilfenidato, mais conhecido comercialmente pelo nome de Ritalina; este, indicado para crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, tem conquistado novos horizontes através do uso em adultos com a finalidade de aprimorar a atenção e a concentração.

⁵⁶ No original: “One of my main concerns with the widespread medicalization of society is its transformation of many human differences into pathologies. [...] We have long turned normal life events into medical events, from conception to childbirth to menopause to aging. [...] Virtually any human difference is susceptible to being considered a form of pathology, a diagnosable disorder, and subject to medical intervention. [...] The great danger here is that transforming all difference into pathology diminishes our tolerance for and appreciation of the diversity of human life.”

3.1.1 Medicalização X *Healthism*: a saúde em foco.

Ao longo da revisão de literatura, pudemos depreender que há algo em paralelo a essa discussão contemporânea sobre a medicalização, e com a qual frequentemente se confunde, que se refere à ideia de uma “saúde persecutória”⁵⁷. Ao mencionar esse tópico, o intuito não é o de resolver essa tensão, mas sim apresentá-la, deixando em questão o fato de que nos debates atuais existe tanto a preocupação com relação à crescente transposição de fatos da vida cotidiana para problemas de ordem médica, quanto uma outra que desliza mais para o mote dos excessos em nome da saúde, algo que beira uma nova moral, conforme sustenta Robert Crawford (2006).

Para o autor, vivemos num tempo e numa cultura do individualismo marcados pela ascensão da saúde ao lugar de valor primordial, onde pessoas definem-se a si mesmas em função do sucesso ou fracasso na adoção de comportamentos e práticas saudáveis de vida. Resumidamente, trata-se de um tempo marcado pelo imperativo da saúde, em que a busca por esta ou pelo predicado de ser saudável se constituem como qualidades que definem o próprio *self*: *e se tornam características da identidade moderna.* (CRAWFORD, 2006: p. 402). Já na década de 80, quando criou o conceito de *Healthism* (1980), Crawford o descreveu como uma impressionante moralização da saúde, visível principalmente na classe média Americana. Nesta época, o entusiasmo pela “promoção de saúde” se alastrou por diversas esferas da vida, para além da ideia do bem-estar, fazendo com que a esta se tornasse um valor primordial. Em função disso: *pela ênfase sobre a saúde, o novo movimento deve ser considerado como um aspecto da medicalização da vida cotidiana promovida pela promoção da saúde. [...] A busca da boa vida foi reinventada como uma busca pela saúde.*⁵⁸ (Id. Ibid.: p.410 - 411).

Para trazer brevemente esse debate, sublinhamos que o tema da saúde como atributo da responsabilidade individual emerge na década de 70, com a perspectiva de uma nova consciência da saúde⁵⁹. Houve uma “politização da saúde” levando tanto a um reposicionamento político com relação à saúde pública nos EUA, quanto à incorporação da preocupação com os estilos de vida e comportamentos de risco por parte das pessoas. Essas

⁵⁷ Cf. CASTIEL, L.D; ÁLVAREZ-DARDET, C., A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

⁵⁸ No original: “In its emphasis on health, the new movement should be considered to be an aspect of the medicalization of everyday life fostered by health promotion. [...] The pursuit of the good life was reinvented as a quest for health.”

⁵⁹ Cf. CRAWFORD, 2006.

duas dimensões da “consciência de saúde” – política e individual – se complementaram e reforçaram mutuamente, elevando a uma questão de bom senso a promoção de saúde individual, por exemplo. Esta conjuntura prefigurou a emergência de um discurso focado nos riscos, que, para Crawford, é algo relevante de salientar. Aponta ele: *eu utilizo o termo ‘nova consciência de saúde’ para descrever uma formação ideológica emergente que definiu os problemas de saúde e suas soluções principalmente, embora não exclusivamente, como problemas dentro dos limites de controle pessoal.*⁶⁰ (CRAWFORD, 2006: p.408).

Reconstruindo os caminhos desta discussão, a fim de alinhar o que visamos no capítulo, recorreremos aos escritos de Armstrong (1995) sobre o surgimento da “vigilância médica” como uma primeira estratégia a deslocar para o indivíduo a responsabilidade por vigiar o modo de lidar com seu corpo e com sua própria saúde. Inspirado nas teorizações de Foucault a respeito da “especialização da doença”⁶¹, o autor aponta que foi através da passagem de uma “Medicina hospitalar” para uma “Medicina de vigilância” que a atenção médica saiu do campo da doença, e daquilo que dos sinais e sintomas poderiam remeter à existência de um problema subjacente, para centrar-se na saúde; da doença restou apenas a atenção sobre aquilo que poderia gerar potencialmente outras doenças, de onde vemos despontar a noção de risco como elemento central desse panorama.

Se no século XVIII a medicina hospitalar tinha como figura central o paciente doente, a “medicina de vigilância” teve como característica fundamental a atenção a todos. Esse processo mais sutil de extensão da medicina à vida almejava a internalização da vigilância sobre o corpo por parte dos próprios indivíduos. Para o autor, esta medicina referia-se a uma prática médica pautada na vigilância de populações normais:

A medicina de vigilância requer a dissolução das categorias clínicas distintas de saudáveis e doentes na medida em que tenta inserir todos em sua rede de visibilidade. Por isso, **uma das primeiras expressões da medicina de vigilância - e uma condição essencial para a sua proliferação contínua - foi a problematização do normal.**⁶² (ARMSTRONG, 1995: p.395, grifo nosso, tradução nossa).

⁶⁰ No original: “I use the term ‘new health consciousness’ to describe an emerging ideological formation that defined problems of health and their solutions principally, although not exclusively, as matters within the boundaries of personal control.”

⁶¹ Cf. ARMSTRONG, 1995.

⁶² No original: “Surveillance Medicine requires the dissolution of the distinct clinical categories of healthy and ill as it attempts to bring everyone within its network of visibility. Therefore one of the earliest expressions of Surveillance Medicine - and a vital precondition for its continuing proliferation - was the problematisation of the normal.”

Isso se deve ao fato de que para essa “nova medicina”, a preocupação não residia exatamente em descobrir se um fenômeno era um problema de saúde ou de doença, mas sim em analisar os processos pelos quais os “olhos da medicina” se capilarizavam penetrando todos os meandros da vida. Se assim podemos designar, tratou-se de uma pulverização do olhar médico sobre a vida comum.

Esse prolongamento da atenção sobre a população normal, promoveu uma verdadeira disseminação do campo de ação da medicina a partir do crescimento das oportunidades de intervenção, visto que:

A diluição da distinção entre saúde e doença, entre o normal e o patológico, significava que a intervenção de cuidados de saúde já não podia se concentrar exclusivamente sobre o corpo do paciente no leito hospitalar. A medicina de vigilância teria de deixar o hospital e penetrar na população em geral.⁶³ (Idem, Ibidem, p: 398, tradução nossa).

Armstrong (1995) cita o surgimento das doenças “sociais” no século XX – a tuberculose ou os problemas de infância, por exemplo – como foco inicial da nova modalidade de cuidado em saúde. Todavia, somente após a II Guerra Mundial é que se desenvolveu o principal meio de expansão das formas de monitoramento da saúde: *a ênfase na atenção integral à saúde, atenção primária e comunitária, sustentaram o desdobramento explícito dos serviços de vigilância como o ‘screening’ e a promoção de saúde.*⁶⁴ (Id. Ibid. p: 398).

Tais procedimentos geraram formas de resistência e desaprovação da população, levando ao ponto em que se desenvolveu a ideia de atribuir ao próprio indivíduo a responsabilidade por sua saúde. Tratou-se, efetivamente, da criação de uma estratégia que, pela bandeira da promoção de saúde, pretendia contornar os problemas suscitados pela proposta de se fazer uma espécie de levantamento das doenças na comunidade: *preocupações com dieta, exercício, stress, sexo, etc, tornaram-se um veículo para encorajar a comunidade a ser vigilante consigo. O triunfo final da vigilância médica seria sua internalização por toda a população.*⁶⁵ (Id. Ibid. p: 400).

⁶³ No original: “The blurring of the distinction between health and illness, between the normal and the pathological, meant that health care intervention could no longer focus almost exclusively on the body of the patient in the hospital bed. Medical surveillance would have to leave the hospital and penetrate into the wider population.”

⁶⁴ No original: “an emphasis on comprehensive health care, and primary and community care, underpinned the deployment of explicit surveillance services such as screening and health promotion.”

⁶⁵ No original: “Concerns with diet, exercise, stress, sex, etc, become the vehicles for encouraging the community to survey itself. The ultimate triumph of Surveillance Medicine would be its internalisation by all the population.”

Em consequência disso, entrou em cena, na visão do Armstrong (1995), a noção de “risco” e a atenção permanente aos *lifestyles*, um tema extremamente atual, em nossa análise. A vigilância médica teve como marca a extensão do olhar médico sobre toda a população, tanto pelas situações de doença quanto do risco de adoecimento. O lema do risco ganhou uma relevância espantosa, a ponto de podermos pensar em uma sociedade do risco como a bandeira do período analisado.

Para esta medicina preditiva em que todos passam a ser doentes em potencial: *já não é o sintoma ou sinal que aponta tentadoramente para a verdade patológica escondida da doença, mas o fator de risco abrindo um espaço futuro para a doença em potencial.*⁶⁶ (Id. Ibid. p: 400). Armstrong (1995) afirma que o fator de risco, no entanto, não revela uma relação necessária com a futura doença, o que ele promove é simplesmente uma abertura de possibilidades, levando ao que o autor nomeou como uma “patologização dos estados pré-sintomáticos” através da vigilância de um espaço comum onde indivíduos saudáveis podem tornar-se ainda mais saudáveis. Essa discussão anuncia, em nosso ponto de vista, os dilemas recentes acerca do aprimoramento humano e do aperfeiçoamento da saúde.

A vigilância médica se desvelou como uma estratégia com tecnologias e táticas distintas da medicina hospitalar, pelo surgimento da própria noção de risco que remete a uma dimensão temporal para o hoje e para o amanhã. Isto é:

As técnicas da vigilância médica – screening, pesquisas e campanhas de saúde pública – teriam situado o problema no sentido de procurar por regularidades temporais, oferecendo cuidado antecipado, e tentando transformar o futuro ao transformar as atitudes e comportamentos com a saúde no presente.⁶⁷ (ARMSTRONG, 1995: p.402, tradução nossa).

Tal transformação permitiu à esta medicina ocupar-se, além daqueles considerados doentes, de todos os demais indivíduos, tendo também grande impacto para a constituição de identidades no final do século XX. O nascimento e a novidade desta medicina produziu uma reformulação epistemológica, cognitiva e física fundamental no mapeamento da doença. (ARMSTRONG, 1995: p.403). Entretanto, o aspecto mais inovador dessa tecnologia foi a forma como todo um “maquinário de vigilância”, assentado sobre a população, pôde inaugurar uma nova possibilidade de construção identitária moldada pela ideia do risco.

⁶⁶ No original: “It is no longer the symptom or sign pointing tantalisingly at the hidden pathological truth of disease, but the risk factor opening up a space of future illness potential.”

⁶⁷ No original: “The techniques of Surveillance Medicine - screening, surveys, and public health campaigns - would all address this problem in terms of searching for temporal regularities, offering anticipatory care, and attempting to transform the future by changing the health attitudes and health behaviours of the present.”

Neste debate em que a saúde ganha relevância e a doença passa a ser uma virtualidade presente através do risco, fronteiras entre normalidade e patologia passam por deslocamentos, favorecendo que processos de medicalização possam se escamotear através de processos conhecidos por “saudização” [*Healthism*], contribuindo para que, com frequência, esses dois fenômenos se confundam.

O lugar ocupado pela saúde enquanto uma cultura em si e a responsabilidade dos indivíduos pela constante atenção e manutenção de vidas saudáveis não são sem consequências para o debate que visamos apresentar, ao passo que a saúde se torna o principal elemento de auto-regulação individual, uma espécie de nova moral. A saúde ganhou, com isso, um novo *status* por não ser mais uma espécie de oposto da doença, passando a pertencer a uma escala em que uma pessoa já saudável pode se tornar ainda mais saudável. (Armstrong, 1995; Clarke, 2010). Podemos elaborar que a figura da saúde dentro de uma escala e como atributo de “responsabilidade individual” ilustra a possibilidade dos processos de vida hoje transitarem tanto pelo solo da medicalização quanto do aprimoramento humano.

O tema da medicalização tem sido artifício de muitos críticos para falarem dos efeitos de se conceber questões de ordem sócio-cultural a partir do enquadre da medicina. Nesse caso, o foco de análise é deslocado de problemas maiores, para uma questão no âmbito da responsabilidade do indivíduo por sua saúde e por seus problemas. Nesse contexto, podemos assinalar que a questão de uma ênfase excessiva na “boa saúde” nos parece ser melhor definida pela própria ideia de “healthism”, tal qual propõem Crawford (1980), e não de medicalização, visto que o cerne da discussão nesse campo é outro.

A confusão entre os termos parece mais flagrante por ser algo que o próprio Crawford deixa passar, ou não sublinha como algo relevante, transitando hora pelo conceito de medicalização e hora pelo de saudização. A diferenciação é turva no pensamento do autor, mas é concebida de forma inteiramente distinta pelo sociólogo Peter Conrad, por exemplo, como diferenciaremos a frente.

Bezerra (2002) considera que no quadro atual, em que a saúde vem sendo exibida enquanto um espetáculo, o que está em voga:

É a consigna do chamado “healthism”, uma ideologia que combina um estilo de vida hedonista (maximização de prazeres e evitação de desprazeres) com uma obsessiva preocupação com práticas ascéticas cujo objetivo – longe de buscar excelência moral, elevação espiritual ou determinação política – é otimizar a vida pelo cuidado com aparência de saúde, beleza e *fitness*, atendendo assim ao que parece ser a imagem do sujeito ideal atual. (BEZERRA, 2002: p.232).

Crawford (2006) tenta buscar as raízes dessa ascensão da ênfase na saúde e, para isso, recorre à ideia da antropóloga inglesa Mary Douglas para pensar em que medida essa constante busca se constitui em função da virtualidade de riscos e de perigo. Como aponta o autor, uma análise do significado social da saúde deve ser ponderada pelo fato irônico de que quanto mais importante se torna a saúde, mais inseguras se sentem as pessoas.

A partir da perspectiva que remete às virtualidades no horizonte desse debate sobre a saúde, é que o autor busca na antropologia a ideia do perigo e do controle como *práticas simbólicas* direcionadas à preservação de determinadas fronteiras sócio-culturais. Assim, Crawford associa que:

Visto que a saúde é uma questão de identidade, a interpretação de seu significado deve explorar as complexas relações entre perigo para a saúde e a identidade perigosa, entre condições sociais e identidades ameaçadas junto com as posições privilegiadas associadas a estas. Saúde e seus significados fornecem ‘capital simbólico’ para estratégias de distinção e estigmatização.⁶⁸ (CRAWFORD, 2006: p.403, tradução nossa).

Para este, o significado social assumido pela saúde na atualidade está diretamente relacionado à ciência e aos significados da biomedicina. Na verdade, as práticas de saúde não podem ser compreendidas sem levar em consideração os impactos da própria biomedicina na sociedade moderna, que contribuíram para que a medicina arbitrasse, dentre outras coisas, sobre as propriedades de uma vida saudável. Assim: *a medicina assumiu um papel fundamental na normalização da vida social, definindo como saudáveis ou não, comportamentos ou condições que caem de um lado ou do outro dos limites da norma construída.*⁶⁹ (CRAWFORD, 2006: p.404).

O que o autor está preocupado em sustentar quando recorre à Antropologia é o fato de que o conceito de saúde não pode ser compreendido sem a avaliação de uma dimensão simbólica da medicina, considerando que a proeminência da saúde no mundo contemporâneo é produto da influência da medicina. Para ele, a saúde tornou-se um artifício privilegiado da medicina e uma espécie de salvação secular da sociedade, levando a que as pessoas anseiem por viver essa única vida não apenas de modo saudável, mas buscando algo que seria uma vida livre da dor, do sofrimento e das doenças.

⁶⁸ No original: “Thus, since health is a matter of identity, the interpretation of its meanings must explore the complex relationship between dangers to health and dangerous identities, between social conditions that threaten identities along with the positional privileges associated with them. Health and its meanings supply ‘symbolic capital’ for strategies of distinction and stigmatization.”

⁶⁹ No original: “[...] medicine has assumed a pivotal role in normalizing social life, defining as healthy or unhealthy behaviors or conditions that fall on one side or the other of the boundaries of the constructed norm.”

Paradoxalmente, podemos refletir que, sobretudo hoje, ainda que o indivíduo esteja imbuído da confiança de que pode não apenas evitar doenças, mas aprimorar suas capacidades humanas, cada dia mais este mesmo indivíduo parece depender de todo tipo de especialistas para se localizar na imagem de sujeito contemporâneo ideal.

Em suma, a partir do exposto acerca da discussão sobre a medicalização caminhar em paralelo a outra voltada aos excessos em nome da saúde, consideramos que frequentemente fica obscuro e por vezes confuso a distinção entre as noções de medicalização e saudização [*Healthism*], como pontuamos, sendo ambos os processos singulares e por isso explorados brevemente aqui no intuito de diferenciá-los. A nosso ver, a confusão parece nascer do próprio Crawford ao elaborar que: ‘*Healthism*’ pode ser melhor entendido como uma forma de medicalização, significando que ainda contém noções médicas-chave. Como a medicina, a saudização situa o problema de saúde e doença a nível do indivíduo. As soluções são formuladas também neste nível.⁷⁰ (Id. 1980: p.365).

Retomando a linha de pensamento de Peter Conrad (1992), vimos que o autor utiliza uma outra ideia a que denomina como saudecização⁷¹ [*healthicization*]. Enquanto a medicalização se caracteriza pela criação de problemas a partir de explicações médicas para questões antes não médicas, a saudecização se refere a comportamentos já anteriormente delimitados como médicos, para os quais se propõe estilos de vida e intervenções no comportamento. O autor cita o fato de algumas atividades sociais ou comportamentais passarem a ser consideradas riscos médicos, com a diferença de se referirem a condições biomédicas bem estabelecidas e já assim constituídas, como problemas cardíacos ou de colesterol, por exemplo.

É importante notar como Conrad desenlaça essas noções de modo esclarecedor ao afirmar que:

Embora a promoção de saúde possa criar uma ‘nova moralidade da saúde’ (Becker, 1986), baseada na responsabilidade individual pela saúde (e pela mudança no estilo de vida), isso não constitui uma nova medicalização do exercício físico ou da dieta. Ainda que o processo seja similar ao da medicalização na medida em que combina preocupações comportamentais e médicas, este pode ser melhor conceitualizado como “healthicization”.⁷² (CONRAD, 1992: p.223, tradução nossa).

⁷⁰ No original: “It can best be understood as a form of medicalization, meaning that it still retains key medical notions. Like medicine, healthism situates the problem of health and disease at level of the individual. Solutions are formulated at that level as well.”

⁷¹ Tradução livre do termo. No original: *Healthicization*.

⁷² No original: “Although health promotion may create a “new health morality” (Becker 1986), based on individual responsibility for health (and lifestyle change), it does not constitute a new medicalization of

Desta forma, concluímos que a medicalização cria as causas e intervenções biomédicas para condições antes não problematizadas, diferente da saudecização que propõe causas e intervenções no âmbito do estilo de vida e do comportamento já existentes. Deste modo, fica assim sublinhada a distinção entre os conceitos na perspectiva de que: *uma transforma algo moral em problema médico, a outra transforma a saúde em uma questão moral.*⁷³ (Id., Ibid.).

Avançamos, no subitem a seguir, em uma análise mais pormenorizada sobre a noção que situa a medicalização como produto de uma *ação coletiva*.

3.2 Medicalização como um processo coletivo: novos agentes e promotores em cena

O contexto social em questão parece incluir transformações na sociedade contemporânea referentes às conformações familiares, aos ideais de funcionalidade e desempenho que ditam o mercado de trabalho, ao enfraquecimento da sabedoria popular das tradições e também das religiões, como já debatemos, além de uma tendência a cerebralização dos sentimentos e outros aspectos mais. Assim, o que Conrad pontua como mudanças decorrentes da década de 70, quando inicia seus estudos, refere-se à magnitude alcançada pelos processos de medicalização que englobam, fundamentalmente, a inclusão de novos participantes. Como nos aponta, a partir de transformações culturais e sociais, a medicalização passa a contar com promotores não necessariamente do campo médico. Como sublinha: *a medicalização não é, e nem nunca foi, “imperialismo médico”, mas sim uma interação cada vez mais complexa de vários atores sociais.*⁷⁴ (CONRAD, 2007: p.149).

As mudanças no processo de medicalização que vêm sendo trazidas de modo entremeado ao texto têm uma relação estreita com as transformações na profissão médica. Conrad afirma que, embora concorde que a medicalização não deva ser tributada a um “imperialismo” exclusivamente, não se pode também desconsiderar que a organização e a estruturação da profissão têm um impacto inegável nesta. As alterações na organização da medicina, o domínio e monopólio alcançados pelos profissionais tiveram um papel

exercise or diet. While the process is similar to medicalization in that it fuses behavioral and medical concerns, it may be better conceptualized as ‘healthicization’”.

⁷³ No original: “One turns the moral into the medical, the other turns health into the moral.”

⁷⁴ No original: “Medicalization is not, nor ever has been, “medical imperialism” but is rather an increasingly complex interplay of various social actors.”

significativo na expansão da jurisdição destes sobre qualquer coisa que se pudesse rotular como pertencente ao campo da saúde ou da doença. (CONRAD, 1992). O autor rememora o exemplo dos pediatras que, diante de uma crise da profissão, mudaram o foco de suas práticas ao agregarem problemas comportamentais infantis ao seu domínio. A ampliação do território de atuação levou à medicalização de diversos problemas psicossociais da infância, como a hiperatividade e dificuldades de aprendizagem, por exemplo. (Idem).

As construções de Conrad (1992; 2007) a respeito dos novos campos que a medicina vem ocupando, estão sempre conectadas com seu lugar numa ação que entende como coletiva:

A definição de normas médicas é por si mesma uma forma cultural de controle social, na medida em que cria novas expectativas para os corpos, para o comportamento e para a saúde. Esse controle se manifesta pela maneira como as expectativas médicas estabelecem os limites e orientam o comportamento e o bem-estar.⁷⁵ (CONRAD, 2007: p.151, tradução nossa).

O alargamento do campo de intervenção da medicina associado à parceria com os promotores de diversos segmentos contribuiu para o aumento do acesso a explicações de ordens distintas, auto-diagnósticos, auto-prescrições, testes rápidos⁷⁶ e enfim, ao consumo de informações “de saúde” que colaboram para a composição do processo de medicalização social. Importante notar que o modo como o autor menciona o “controle social” na citação destacada remete-se mais à influência da medicina no comportamento e na vida enquanto mais uma participante nessas disputas, do que propriamente à mesma ideia de “controle social” a que se referiram os críticos ortodoxos da primeira parte. Embora Conrad tenha escrito em períodos próximos a tais estudiosos dos anos 70, seu modo de olhar para a questão já era menos ácido na época e, logo, os elementos que elencou como importantes foram outros.

Perceber, então, a amplitude da questão implica localizar o deslizamento da medicalização para profissionais, para os meios de comunicação social, para a indústria farmacêutica e para os próprios “consumidores” enquanto participantes fundamentais de um processo que é coletivo, compondo o que Peter Conrad (2007) caracteriza como os novos

⁷⁵ No original: “the definition of medical norms is in itself a cultural form of social control, in that it creates new expectations for bodies, behavior, and health. This control is manifested in how medical expectations set the boundaries for behavior and well being as well as how medical norms guide behavior.”

⁷⁶ Conrad (2007) aborda o fato das indústrias farmacêuticas terem ampliado seu papel na sociedade visto que, se nos anos 70 a publicidade era voltada aos médicos, atualmente as indústrias podem fazer anúncios e propagandas diretamente aos consumidores. Algumas companhias trabalham com a divulgação de seus produtos pela internet a partir de um rápido questionário capaz de permitir que consumidores saibam quando têm um problema e precisam buscar um médico para tratá-lo.

empresários da medicalização. Precisamente é através destes vários vetores que Conrad, e outros pensadores contemporâneos, trabalha com a idéia de medicalização como *processo* e não como fato.

O autor afirma que juntamente com mudanças significativas na medicina nas últimas três décadas houve uma importante modificação nas forças que sustentam e impulsionam o crescimento da medicalização. Isso o levou a examinar quais transformações no conhecimento e organização da medicina influenciaram também as engrenagens que movem a medicalização e que ilustram a perspectiva da complexidade, referindo-se mais diretamente às inovações da biotecnologia (incluindo as indústrias farmacêuticas, a genética e os aprimoramentos humanos, por exemplo), além da configuração do *hall* de consumidores envolvidos com a medicalização. Perspectiva esta que se aproxima dos pontos destacados por Clarke *et al* (2003; 2010) a respeito da medicalização, que consideram ser melhor compreendida a partir do conceito de biomedicalização, derivada das transformações tecnológicas mencionadas acima.

Tais autores, Clarke *et al* (2003; 2010), apostam que pelo fato da medicalização ser um processo heterogêneo e interativo:

A saúde é, assim, paradoxalmente mais biomedicalizada por processos de vigilância, *screening* e monitoramento domiciliar diário de indicadores de saúde, e aparentemente menos medicalizada a medida em que o ponto-chave da responsabilidade mudou do profissional médico/ provedor para incluir a colaboração ou a confiança no indivíduo paciente/ usuário/ consumidor.⁷⁷ (Idem, 2010, p:65, tradução nossa).

A forte presença dos consumidores na reivindicação por soluções vem contribuindo para o que Conrad (2007) entende como uma crescente indústria da medicalização, regida por interesses econômicos e de mercado prioritariamente, em que os empresários aqui discutidos vêm anunciando soluções médicas para uma série de situações da vida diretamente aos consumidores seja por outdoors em ônibus, seja por meio de propagandas na mídia⁷⁸.

⁷⁷ No original: “Health is thus paradoxically both more biomedicalized through process such as surveillance, screening, and routine measurements of health indicators done in the home, and seemingly less medicalized as the key site of responsibility shifts from the professional physician/ provider to include collaboration with or reliance upon the individual patient/ user/ consumer.”

⁷⁸ Como um exemplo da comercialização de soluções pela via de medicamentos e do papel da publicidade na conscientização e popularização de determinados assuntos de interesse, vimos recentemente no Brasil uma revista de grande circulação publicar em matéria de capa: “Depressão: a promessa de cura”. Logo abaixo, o subtítulo contendo a medicação por traz da promessa de cura: *a cetamina é a primeira esperança de tratamento totalmente eficaz da doença que afeta 40 milhões de brasileiros*. Fonte: Revista Veja, edição 2297, de 28/11/12.

A ideia é a de que hoje existem novos *empresários da saúde* interessados na medicalização, o que nos parece ilustrar de forma clara o segundo nível de análise sobre a medicalização citado por Conrad, o institucional, em que agentes não-médicos se apropriam do discurso médico. As indústrias farmacêuticas e a biotecnologia, que tinham antes um papel secundário, vêm assumindo hoje um papel central neste processo enquanto participantes-chave. (CONRAD, 2007; CLARKE *et al*, 2003; 2010).

Historicamente, críticos do tema não costumavam ver o crescimento dos cuidados em saúde e mesmo a medicalização como uma questão que poderia ser pensada pelo viés mercadológico, ao passo que a difusão de produtos, serviços e tratamentos diretamente anunciados àqueles que se tornaram consumidores de aprimoramentos para a saúde, a aparência e o bem-estar, refletem precisamente o desenvolvimento de uma espécie de relação de mercado. Conrad (2007: p.16) diz ainda: *isso não deveria ser uma surpresa, visto o crescente corporativismo do sistema de saúde e do crescimento de uma cultura do consumo também para produtos e serviços relacionados à saúde.*⁷⁹

O autor enfatiza a presença desse acento mercadológico através da patologização de comportamentos usualmente reconhecidos como normais - como foi o caso da medicalização da timidez, da estatura humana e da disfunção erétil – que surgem simultaneamente acompanhados de uma droga para o tratamento. Diz ele: *a preocupação com esses três exemplos [...] é a de que as indústrias farmacêuticas estão definindo, quer diretamente através de números ou indiretamente através da promoção de diagnósticos, o que é considerado normal e anormal.*⁸⁰ (CONRAD, 2007: p.150)⁸¹. Embora existam situações em que uma criança, de fato, pode se beneficiar com um diagnóstico como o de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) por apresentar um déficit neurológico, o problema é a quantidade de crianças diagnosticadas que não tem uma questão neurológica, por exemplo, e que ingressam na categoria sem efetivamente pertencer a ela. (Idem, Ibidem).

⁷⁹ No original: “This should not be surprising, given our increasingly corporatized health system and the growing consumer culture for health-related products and services.”

⁸⁰ No original: “Of concern with these three examples, and in a different way with menopause and hypertension, is that pharmaceutical companies are defining, either directly by setting numbers or indirectly by promoting diagnoses, what is deemed normal or ab-normal.”

⁸¹ Foucault também teceu comentários sobre o lugar alcançado pelas indústrias farmacêuticas ao comentar que: os profissionais [médicos], cada vez mais, se dão conta de que estão se convertendo em intermediários quase automáticos entre a indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação. (FOUCAULT, 1976: p.191).

Conrad (2007) faz ressalvas em seu livro apontando para uma relativização da ideia de passividade por considerar que algumas condições se beneficiaram com a medicalização, por outro lado, alguns autores mais ortodoxos não conseguiram incluir esse aspecto em seus estudos. Essa espécie de benefício sugerido por Conrad refere-se à diminuição do estigma associado a algumas condições, bem como ao aumento da auto-estima para alguns indivíduos que passaram a reivindicar e usufruir socialmente de certo benefício através da medicalização, como é o caso da anorexia, da obesidade e do alcoolismo, que saíram do campo da volição e da moral para tornarem-se doenças que necessitam de tratamento. O autor, contudo, reitera que:

O que eu discuto aqui são questões inerentes ao processo de medicalização dos problemas humanos independente de quaisquer 'benefícios' potenciais. Dito de outra forma, existem certas consequências sociais da medicalização independentemente de qualquer benefício de atendimento médico ou social. [...] Benefícios particulares não devem ser descartados, mas eles também não justificam necessariamente as consequências sociais da medicalização generalizada.⁸² (CONRAD, 2007: p. 147-148, tradução nossa).

Para Conrad, a importância de se observar que muitas vezes os próprios indivíduos têm um papel ativo no processo de medicalização é que isso reitera o fato de tratar-se de um processo interativo e não passivo resultante de um “imperialismo médico” unicamente. (CONRAD, 1992). Deborah Lupton compartilha do mesmo ponto de vista ao falar que os críticos mais preocupados em denunciar a medicina e os profissionais médicos como autoridades opressoras acabaram deixando de lado uma certa “cumplicidade” em jogo neste campo de forças. A autora afirma que: *eles não reconheceram a natureza ambivalente dos sentimentos e opiniões que a pessoas tinham em relação à medicina, ou a forma como os pacientes de bom grado participam da dominância médica e podem, de fato, buscar a medicalização.* (LUPTON, 1997: p.98).

Um dos pontos centrais deste debate, em nossa análise, é a percepção de que a medicalização não é um processo unidirecional, e que atribuir tal processo à medicina somente é insuficiente para alcançar a questão. Assumindo esse ponto de vista, faz-se interessante ponderar que limiar é esse em que a medicalização pode funcionar com certos

⁸² No original: “What I discuss here are issues that inhere in the medicalization of human problems independent of any potential “benefits” from medicalization. Put another way, there are certain social consequences of medicalization irrespective of any attendant medical or social benefit. [...] These particular benefits should not be dismissed, but they also do not necessarily justify the social consequences of widespread medicalization.”

benefícios ou que seus excessos podem individualizar problemas maiores, e obliterar a capacidade normativa⁸³ do indivíduo diante da vida.

A exigência por parte dos indivíduos de diagnósticos, medicamentos e outras coisas mais em jogo no que podemos chamar de uma reivindicação da medicalização, significa para estes uma possibilidade de legitimação de seu discurso e de um lugar social, muitas vezes. A possibilidade de incluir esse aspecto no debate contemporâneo é fundamental - o que seria inviável de se pensar nas décadas de 60 e 70. Tais benefícios se relacionam a uma espécie de “tendência humanitária” sobre a concepção e controle do comportamento desviante, na visão de Conrad. Embora faça essa ressalva, o autor não deixa de enfatizar o “outro lado” disso que pode ser desmembrado em quatro pontos:

- (1) O problema do controle pelo especialista;
- (2) O controle social médico;
- (3) A individualização de problemas sociais;
- (4) A despolitização do comportamento desviante.

Sobre o (1) primeiro ponto, Conrad afirma que a medicina é uma profissão de especialistas que detém o monopólio sobre qualquer coisa que possa ser enquadrada como doença. Pelo modo como a medicina se organiza e pelo mandato social adquirido, esta é capaz de legislar sobre coisas que não necessariamente eram concebidas como questões médicas – o autor insiste nos exemplos do uso de drogas, hiperatividade e alcoolismo como comportamentos previamente desviantes apenas. E diz: *ao definir um problema como médico ele é removido do domínio público onde poderia haver discussão por pessoas comuns e colocado em um plano onde somente profissionais médicos podem discutir o assunto.*⁸⁴ (CONRAD, 1975: p.18).

Esse discurso gravita em volta de um grupo que, como disse Conrad, detém um monopólio do saber. A vida vem sendo amplamente regida pelo discurso técnico veiculado por inúmeros promotores, como o setor “saúde”, a indústria farmacêutica e outros que

⁸³ Entendemos normativo no sentido utilizado por Georges Canguilhem que, brevemente falando, se refere à capacidade da vida em produzir novas normas para si de acordo com as exigências do meio: [...] *entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas.* (CANGUILHEM, 1978: p.96).

⁸⁴ No original: “By defining a problem as medical it is removed from the public realm where there can be discussion by ordinary people and put on a plane where only medical people can discuss it.”

comercializam soluções e modos rápidos de aplacar as agruras existenciais com eficiência. (ANGELL, 2010).

O (1) primeiro ponto de Conrad, portanto, pode ser compreendido a partir do que Chauí aponta ao dizer que o prestígio do discurso científico se deve a sua vinculação à idéia de competência, onde um *discurso competente* se faz como aquele que pretende dar conta e explicar a experiência e a realidade. Tal discurso, porém, ao se afirmar como tal, cria também o discurso dos incompetentes, deslegitimando outros saberes, como o da própria cultura popular e tradicional. Segundo Chauí:

O discurso competente é o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência. (Idem, 1981: p. 7).

Sobre o (2) segundo ponto, Conrad trata do controle social exercido pela medicina que permite que algumas coisas que não seriam concebidas antes possam ser feitas, como o uso de medicações psicoativas ou cirurgias. Ao citar a história do diagnóstico de hiperatividade, Conrad (1975) afirma que o mecanismo de controle social que parecia útil precedeu a condição a que visava englobar. Isto é, a droga mais popular no tratamento da hiperatividade, conhecida como Ritalina no Brasil, antecedeu a criação do diagnóstico de hiperatividade.

O (3) terceiro ponto é considerado o processo mais amplo. Para o autor, a medicalização dos desvios é parte desse fenômeno social maior que é a individualização de problemas sociais. Conrad critica o fato de se olhar para os problemas sociais complexos como atributos e dificuldades do indivíduo em vez de questões da sociedade como um todo. Esse ponto pode ser melhor compreendido pela noção que Conrad extrai de Ryan (1971) sobre “culpar a vítima”, levando a que a perspectiva médica se detenha ao diagnóstico e tratamento da “vítima”, e não na mudança da situação social. Um outro bom exemplo disso é a fala do autor de que: *ao focarmos nos sintomas e definirmos estes como hiperativos, ignoramos a possibilidade do comportamento não ser uma doença, mas sim uma adaptação à situação social.*⁸⁵ (Idem, Ibidem: p.19).

⁸⁵ No original: “By focusing on the symptoms and defining them as hyperkinesis we ignore the possibility that behavior is not an illness but an adaptation to a social situation.”

No último ponto (4), Conrad (1975) conclui que a despolíticação do comportamento desviante é resultado tanto da medicalização quanto da individualização dos problemas sociais. As consequências de um comportamento ser considerado problema extrapola a questão da rotulação, podendo neutralizar questões políticas ou ignorar o sentido de um comportamento em um determinado contexto (focar a atenção na hiperatividade da criança desvia o olhar do sistema escolar e familiar em que se insere, por exemplo).

O papel da medicina na vida e no modo de constituição social e subjetiva foi extensivamente abordado por autores interessados na temática da saúde, da sociologia médica e da própria medicalização. Contudo, a compreensão quanto ao lugar e função desempenhada pela mesma varia na opinião dos autores. Julgamos, portanto, que uma breve digressão sobre esse ponto é de suma importância para a designação da chamada ação coletiva em jogo na medicalização.

Assim sendo, a propósito de se conceber a medicalização para além da medicina, outro autor traz apontamentos sobre o papel da medicina na constituição do modo de ser social e individual, e no próprio fato do homem ter se tornado objeto de um saber científico, positivo. Para Nikolas Rose (2007), um autor mais contemporâneo e com um pensamento particular a respeito do fenômeno em questão, falar em medicalização nos últimos anos tornou-se um *cliché* da análise crítica social. Embora ratifique a necessidade de críticas, o autor sustenta que a medicalização teve um efeito profundo na constituição do modo de vida dos indivíduos. Para resgatar esse ponto, o autor afirma que desde o século XVIII a medicina vem desempenhando um papel fundamental e constitutivo em “moldar pessoas⁸⁶”.

Rose (2007) afirma que a história da medicina e das diferentes formas de constituição do ser humano estiveram sempre ligadas. Contudo, existem duas advertências assinaladas pelo autor, uma ao pontuar que alguns indivíduos são mais moldados pelo discurso médico que outros: *mulheres mais que homens, crianças mais que adultos, em alguns lugares/países mais que noutros*⁸⁷. (Ibid.: p. 700). Ou seja, na perspectiva adotada pelo autor é preciso desempacotar a análise por idade, classe, raça, sexo, nacionalidade e etc. Em segundo lugar, é preciso decompor a própria medicina, visto que esta não possui uma essência, seja ela epistemológica, política ou patriarcal. (ROSE, 2007).

⁸⁶ Expressão “making up people” no original, referenciada aos trabalhos de Ian Kacking (1986).

⁸⁷ No original: “women more than men, the wealthy differently from the poor, children more than adults, and, of course, differently in different countries and regions of the world.”

Para se construir uma análise mais complexa a respeito do fenômeno incluindo o papel da medicina, seria necessário destrinchar esta última em diferentes níveis, enquanto saber, prática, especialidade e etc. Diz Rose: *a medicina não é uma entidade única: a medicina clínica é apenas um componente entre muitas maneiras em que a vida individual e coletiva têm sido problematizada do ponto de vista da saúde.*⁸⁸ (Idem, Ibidem, p.700).

Rose diferencia três dimensões através das quais a medicalização “fez-nos o tipo de pessoas que somos” (Idem). A primeira delas é pelas “Formas médicas de vida”, em que as relações humanas são mediadas por uma ética e uma forma de vida inextricavelmente ligada à medicina. Nesse sentido, mais que diagnosticar e definir doenças, a medicina ajudou na constituição e modelagem dos indivíduos em si. A segunda é pelo “Significado médico”, em que: *a medicina é inseparavelmente ligada aos modos como experienciamos e damos significados ao mundo*⁸⁹. (Ibid.: p.701). Isto é, a medicina remodelou as relações de sentido pelas quais experimentamos o mundo. Por último, “A especialidade médica” também contribui para moldar pessoas através da extensão do papel desta em regular o modo como conduzimos nossas vidas. Para o autor: *a divisão entre natural e o cultural deixou de fazer um trabalho analítico útil. A medicina tem ajudado a nos tornarmos completamente artificiais.*⁹⁰ (Op. Cit: p.701).

Rose aponta em inúmeros de seus escritos para a crescente influência do saber especializado sobre a vida, como, por exemplo, o papel da biomedicina, discutindo também o fato dos indivíduos terem se tornado hoje uma espécie de “cidadãos biológicos”. (ROSE & NOVAS, 2005; ROSE, 2010). Há, por esta análise, uma instância da medicalização que extrapola o campo do individual e se estende a uma “política da vida”, onde o problema em questão deixa também de orbitar em torno da saúde e da doença, e se volta ao “gerenciamento da vitalidade humana” (ROSE, 2010: p.631).

Deste ponto de vista, o uso do termo medicalização como uma explicação e não como causa de análise, pode obscurecer as diferenças intrínsecas a tal fenômeno, por exemplo ao colocar algo somente sob o signo da saúde pública, da autoridade médica ou ainda da psicofarmacologia. Assim, a utilização do termo pode sinalizar a necessidade de uma análise,

⁸⁸ No original: “Medicine is not a single entity: clinical medicine is only one component among many ways in which individual and group life have been problematised from the point of view of health.”

⁸⁹ No original: “Medicine is inextricably intertwined with the ways in which we experience and give meaning to our world.”

⁹⁰ No original: “The division of the natural and the cultural has ceased to do useful analytical work. Medicine has helped make us thoroughly artificial.”

mas não pode ser a conclusão desta. Rose (2007) acredita que existem importantes distinções a serem feitas para uma melhor abordagem do assunto, o que parece compactuar com a proposta de Peter Conrad. Para ele: *o tema da medicalização, que implica a extensão da autoridade médica além de um limite legítimo, não ajuda muito a compreender como, por quê, ou com que conseqüências essas mutações ocorreram*⁹¹. (ROSE, 2007: p.701).

Aos olhos do autor, a medicina moldou relações, regimes éticos e julgamentos sobre que pessoas queremos ser, e sobre a vida que queremos ter. O engajamento da medicina na constituição dos nossos modos de vida por si só não pode ser o mote principal da crítica à medicalização, o essencial seria uma análise desse desenvolvimento heterogêneo até os dias atuais. Todavia: *precisamos de métodos conceituais e critérios de julgamento mais refinados para avaliar os custos e benefícios de nossa forma de vida completamente médica - e daqueles que se oferecem como alternativas*.⁹² (Ibid.: p.702).

Numa linha análoga, Ann Garry (2001) postula que as críticas à medicalização têm o seu lugar, mas estas não necessariamente implicam em uma rejeição da medicina. Essa pontuação remete ao fato de que é possível desejar a medicina e não desejar a medicalização. Garry assume que conceitos básicos subjacentes a discussão precisam ser melhor trabalhados e que é necessário que a relação entre medicina e medicalização possa ser desembaraçada para uma melhor análise. Para isso, trabalha com dois pontos cruciais: *I – O contraste implícito na medicalização e sua implicação para a nossa capacidade de conciliar o desejo pela medicina com a crítica à medicalização; II – As relações entre o que é natural, construído socialmente e medicalizado*.⁹³ (GARRY, 2001: p.263).

Para esta autora, existem muitas situações carregadas de valor nessa discussão e isso requer, acima de tudo, distinções e um pensamento menos rígido sobre o tema, visto que: *a noção de medicalização implica em múltiplas práticas, instituições e modelos conceituais concorrentes*.⁹⁴ (Ibid.: p.264). Tal contraste refere-se à invasão de normas e metáforas da

⁹¹ No original: "The theme of medicalisation, implying the extension of medical authority beyond a legitimate boundary, is not much help in understanding how, why, or with what consequences these mutations have occurred."

⁹² No original: "we need more refined conceptual methods and criteria of judgment to assess the costs and benefits of our thoroughly medical form of life—and of those that offer themselves as alternatives."

⁹³ No original: "I - The contrast implicit in medicalization and its implication for our ability to reconcile a desire for medicine with a critique of medicalization. II – The relations among what is natural, socially constructed, and medicalized."

⁹⁴ No original: "The notion of medicalization implies multiple competing or potentially competing practices, institutions, or conceptual models."

medicina sobre outras normas e metáforas úteis previamente utilizadas. Isso tem a ver com a natureza do processo de medicalização de estar sempre em expansão.

A autora explica melhor e chama atenção para o fato de não podermos chamar de medicalização casos que culturalmente são vistos como pertencentes a uma abordagem/modelo médico, como acontecem com os diferentes tipos de câncer, considerados um problema médico - isso seria um ponto conceitual incontroverso. Para a autora:

Os casos em que faz sentido falar sobre medicalização são aqueles que têm modelos contrastantes plausíveis ou potencialmente plausíveis disponíveis. Os exemplos são familiares aos leitores – o contraste entre pecado e doença, ou entre natural, normal e cotidiano por um lado, e doente/ potencialmente doente do outro, e por aí vai.⁹⁵ (GARRY, 2001: p.265, tradução nossa).

Desde os apontamentos de Conrad (1975), vimos que há, portanto, alguns riscos diante de um pensamento inflexível sobre a medicalização ser fruto de uma ação médica, o que pode levar tanto a um ofuscamento do papel da medicina na constituição dos seres humanos, como à confusão sobre os benefícios da medicina com relação ao tratamento de problemas médicos, como o exemplo do câncer citado acima. Garry (2001) marca uma diferença crucial ao esmiuçar o par medicina e medicalização pelas próprias críticas, o que contribui para uma abordagem mais sofisticada do tema. Em consequência disso, conduzimos a discussão aos demais participantes-chave presentes nesse processo.

3.3 As indústrias farmacêuticas e o conceito de *Disease Mongering*

Esse subitem alude a um outro mote do debate em questão, sendo de suma importância por compor um braço de análise marcado pela forte crítica ao manejo da saúde enquanto mercadoria, regida por uma lógica de consumo. Nesta seara, o lugar dos diferentes atores e interesses financeiros presentes no campo entram em cena de forma clara através de exemplos, sendo o fenômeno do *Disease Mongering* mais um elemento deste processo. A seguir, revisamos a discussão realçando os principais pontos de tensão.

Dentre os principais participantes em cena estão as indústrias farmacêuticas envolvidas com a abertura de espaço para a negociação pública e a reivindicação da medicalização, o que se deu através da criação de possibilidades para emergência de certos

⁹⁵ No original: “The cases in which it makes interesting sense to talk about medicalization are those in which there is a plausible or potentially plausible contrasting model available. The examples are familiar to readers - the contrasts between sin and sickness, or between natural, normal, or everyday on the one hand and diseased/potentially diseased on the other, and so on.”

estados enquanto patologias. Essa discussão remonta há décadas atrás quando a medicalização ganhou força tendo nas indústrias farmacêuticas uma grande representante (CONRAD, 2007), tanto para a busca de situações que se encaixassem nas novas medicações, quanto para a própria comercialização de doenças.

A pretensão quantos aos “encaixes” se referia à tentativa de unir particularidades e diversidades comuns de aspectos emocionais e comportamentais a mecanismos físicos específicos e objetivos. Por este viés, podemos pensar que a indústria farmacêutica buscava os “bons encaixes” através do investimento prévio na problematização de comportamentos passíveis de tratamento por medicamentos já existentes, não necessariamente planejados para intervir na nova patologia em questão. Nesse sentido, o que está em jogo é uma lógica invertida quando é o medicamento que passa a anteceder a doença e não o contrário. Angell (2010: p.102) adverte-nos: *foram-se os tempos em que os laboratórios farmacêuticos anunciavam medicamentos para tratar doenças. Agora frequentemente é o inverso. Eles anunciam doenças para encaixar seus medicamentos.*

Miguelote & Camargo Jr. (2010) denunciam que a discussão é muito mais complexa pontuando a crescente influência da indústria farmacêutica na própria produção e circulação de conhecimento, apontando de que forma estas têm feito uma “apropriação criativa” dos resultados das pesquisas científicas. Assim, o que chamamos acima de uma “lógica invertida” é algo que tem seu fundamento em termos de conhecimento, produzido e veiculado pelo controle direto de empresas que possuem interesses nada ingênuos no que se produz de “verdade”. Isto é: *trata-se da utilização de técnicas de enviesamento de resultados, tais como a expansão da base de usuários das novas drogas, ou, até mesmo, criação de novas doenças ou exagero na ameaça de agravos.* (MIGUELOTE & CAMARGO JR, 2010: p.191).

O contexto de surgimento do “Disease Mongering” foi influenciado tanto pelos escritos de Ivan Illich na década de 70 – um dos pioneiros a alertar para o fato de que a medicina estava medicalizando a vida como um todo e subtraindo a capacidade das pessoas de lidarem com a dor e o sofrimento –, quanto pela conceitualização de Lynn Payer⁹⁶ na década de 90 ao descrever a expansão das fronteiras da doença como “disease mongering”, sublinhando o papel decisivo do ramo farmacêutico nisso. (MOYNIHAN & HENRY, 2006: p.0425).

⁹⁶ Cf. PAYER, L. (1992) *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick.* New York: Wiley and Sons. 292 p.

Embora nos dias atuais o termo seja comumente utilizado, os autores acima sublinharam a existência de uma incerteza quanto à definição operacional do termo. Para estes: *desembaraçar as diferentes motivações dos diferentes atores na mercantilização de doenças será um passo fundamental para uma melhor compreensão deste fenômeno.*⁹⁷ (Ibid. p. 0426).

Em uma série de artigos publicados em abril de 2006 na *The Public Library of Science (PLoS Medicine)* sobre o tema do *Disease Mongering*, autores afirmam que:

A mercantilização da doença⁹⁸ transforma pessoas saudáveis em pacientes, desperdiça recursos preciosos, além de causar danos iatrogênicos. [...] Em nossa opinião, a mercantilização da doença é a venda de enfermidades que amplia os limites da doença e aumenta o mercado para aqueles que vendem e oferecem tratamentos. Isso pode ser exemplificado mais explicitamente pela indústria farmacêutica – financiada pela doença e pelas campanhas de conscientização - mais frequentemente concebidos para vender drogas do que para iluminar, informar ou educar sobre a prevenção de doenças ou sobre a manutenção da saúde.⁹⁹ (MOYNIHAN & HENRY, 2006: p.0425, tradução nossa).

Diante desse cenário, os autores enumeram desafios através dos quais podemos vislumbrar um posicionamento claro de críticas às tentativas de se tratar a saúde humana pela via da venda de doenças. Segundo estes, seriam necessários alguns passos no sentido de identificar, compreender e frear de alguma forma essa situação. Um passo importante nessa direção é o reconhecimento de que cada dia mais: *fronteiras entre a vida comum e problemas médicos são borradas, no intuito de expandir mercados para drogas e outras tecnologias.*¹⁰⁰ (MOYNIHAN & HENRY, 2006: p.0427). Miguelote e Camargo Jr. (2010) parecem partilhar desse mesmo ponto de vista ao falarem de uma exploração estratégica por parte das indústrias em cima das fronteiras da normalidade e da patologia, visto que quanto maior o campo das patologias, mais fértil é o solo de intervenção.

Os autores colocam que, no entanto, as indústrias também não estão sós nessa empreitada de patrocinar e promover doenças. Diversas alianças informais entre companhias

⁹⁷ No original: “Disentangling the different motivations of the different actors in disease mongering will be a key step towards a better understanding of this phenomenon.”

⁹⁸ Tradução livre da expressão *Disease Mongering*.

⁹⁹ No original: “Disease mongering turns healthy people into patients, wastes precious resources, and causes iatrogenic harm. [...] In our view, disease mongering is the selling of sickness that widens the boundaries of illness and grows the markets for those who sell and deliver treatments. It is exemplified most explicitly by many pharmaceutical industry-funded disease-awareness campaigns — more often designed to sell drugs than to illuminate or to inform or educate about the prevention of illness or the maintenance of health.”

¹⁰⁰ No original: “the blurring of boundaries between ordinary life and medical illness in order to expand markets for drugs and other technologies”.

farmacêuticas, empresas de relações públicas, grupos médicos, usuários e advogados de pacientes, contribuem para a divulgação de uma certa visão sobre um problema de saúde. Trata-se de uma apropriação oportuna tanto de uma ansiedade generalizada sobre pontos fracos e fragilidades, quanto de uma fé nos avanços e inovações científicas. Através do *disease mongering* e das propostas de conscientização do público, a perspectiva é a de transformar o modo como as pessoas vêem seus problemas sem maiores preocupações, sendo levadas a acreditar que tais problemas, até então comuns, são passíveis de intervenção médica. Essa é ambição das estratégias de marketing quando buscam a popularização tanto da condição quanto do tratamento, visando ampliar a base de pacientes e usuários de medicamentos.

Embora os motivos que levam cada ator a fazer uma determinada aliança sejam diferentes, existe sempre uma confluência de interesses em jogo que resulta em: *problemas de saúde sendo rotineiramente enquadrados como generalizados, severos e tratáveis por medicamentos*.¹⁰¹ (MOYNIHAN & HENRY, 2006: p.0425). Atualmente, estas alianças somaram-se à mídia em geral tendo o objetivo maior de divulgar e popularizar condições pouco conhecidas como a síndrome das pernas inquietas ou a disfunção sexual feminina, por exemplo.

A veiculação de informações sobre saúde e doença deixou de ser transmitida por organizações interessadas primordialmente em questões de saúde pública para ser subscrita por departamentos de marketing de grandes companhias farmacêuticas. Tais departamentos trabalham ainda com agências de publicidade especializadas em fomentar novas disfunções e problemas de saúde. (Ibid. p.0426). Isso retorna ao que Miguelote e Camargo Jr. (2010) apontaram anteriormente sobre a influência das companhias farmacêuticas não apenas na divulgação, mas na produção de conhecimento.

Existe hoje um forte processo de negociação na produção de conhecimento, regulado por interesses econômicos e de prestígio que envolve: *financiamento de pesquisas na área de medicamentos, enviesamento de seus resultados, engendramento de doenças, e incentivo à produção e publicação de artigos científicos*. (MIGUELOTE & CAMARGO JR, 2010: p.191). Esses autores se propõem a discutir de que maneira as companhias farmacêuticas lançam mão de estratégias de marketing para se associar ao que denominam como “indústria

¹⁰¹ No original: “resulting in health problems routinely being framed as widespread, severe, and treatable with pills.”

do conhecimento”. (Ibid.). Sendo a produção e financiamento de pesquisas o carro-chefe das estratégias de marketing, as indústrias transformaram o próprio conhecimento em mercadoria. No entanto, é importante notar que o que direciona e impulsiona a venda é o caráter de cientificidade embutido no produto. De acordo com os autores, o mecanismo utilizado é o seguinte:

Em primeiro lugar, o foco de interesse está em encontrar, a partir de uma concepção biológica, uma descrição consensual de um estado de natureza; em segundo, definir um desvio deste estado, para caracterizar como anormalidade; e, em terceiro, investir em pesquisas voltadas à correção dessa pressuposta anormalidade. (Ibid. p. 192).

Os autores ilustram como essa discussão integra o processo de medicalização através do exemplo do uso inicialmente previsto para o medicamento Viagra, do laboratório Pfizer, que se restringia à disfunção erétil secundária a causas médicas, e que posteriormente, com o afrouxamento dos critérios, passou a ser indicado também para homens saudáveis que queriam melhorar o desempenho sexual. Neste debate: *a dimensão desse processo de medicalização é de tal ordem que a produção de medicamentos na área da sexualidade não está direcionada à doença, mas ao aumento da potência.* (Ibid. p.192).

Pelo que podemos ver o interesse das pesquisas é, acima de tudo, econômico, o que consequentemente coloca em segundo plano a qualidade a fim de valorizar a quantidade de pesquisas realizadas. A necessidade de dar credibilidade aos resultados que poderiam impulsionar vendas levou a que pseudo-pesquisas fossem feitas, com distorção de dados experimentais para produzir resultados favoráveis que não tinham como objetivo produzir novos conhecimentos, considerando que: *essas pesquisas são, na verdade, estratégias de marketing, com metodologia deliberadamente enviesada para fortalecer a posição comercial de determinado medicamento, com resultados que “comprovam” o que está sendo dito pelos propagandistas.* (Ibid. p.193).

Marcia Angell¹⁰², em seu livro “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos”, critica a ausência de inovações reais no ramo farmacêutico ao apontar que: *a produção escassa já é negativa em si. Mas o verdadeiro escândalo está no fato de que as poucas drogas inovadoras que realmente chegam a ser comercializadas quase sempre provêm de pesquisas financiadas com recursos públicos.* (ANGELL, 2010: p.73). Isto é, a participação efetiva das indústrias na criação e inovação de produtos é muito pequena. As ideias, há

¹⁰² Angell é médica e foi a única mulher editora-chefe da revista científica *New England Journal of Medicine*. Atualmente é professora do Departamento de Medicina Social da *Harvard Medical School* em Boston, Massachusetts, EUA. Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Marcia_Angell

tempos, vêm de fora através de cientistas apoiados por recursos públicos. Além disso, os medicamentos comercializados como inovadores são, em geral, pequenas modificações de substâncias já existentes ou apenas renovação de patentes. (ANGELL, 2010; MIGUELOTE & CAMARGO JR, 2010). São os chamados “medicamentos de imitação”, como aponta Angell (2010).

Esse panorama se torna mais preocupante em virtude do que Angell (2010) também nomeia como “Indústria do Conhecimento”, onde pesquisas clínicas sobre os medicamentos deixaram de ser inteiramente patrocinadas, por exemplo, pelo *National Institutes of Health* (NIH) nos EUA, para serem patrocinadas pelas companhias que fabricam as drogas¹⁰³.

Importante retomar que o ano de 1980 é considerado um divisor de águas para o crescimento colossal das indústrias farmacêuticas, que na época se consagraram como uma das mais lucrativas dos EUA. O presidente Ronald Reagan foi eleito nessa época e aprovou uma série de leis que favoreciam a chamada “transferência de tecnologia”, o que foi considerado um dos principais determinantes para essa expansão. Com a legislação publicada nessa época, as tradicionais fronteiras entre medicina e indústria ficaram mais borradas. Para Angell:

A lei Bayh-Dole permitiu que universidades e pequenas empresas patenteassem descobertas decorrentes de pesquisas patrocinadas pelos ‘National Institutes of Health’ (NIH), o principal distribuidor de recursos provenientes de impostos para a pesquisa médica, e depois concedessem licenças exclusivas a laboratórios farmacêuticos. Até então, as descobertas financiadas pelos contribuintes pertenciam ao domínio público, ficando disponíveis para qualquer empresa que quisesse fazer uso delas. Mas agora as universidades, onde é realizada a maior parte do trabalho financiado pelos NIH, podem patentear e licenciar suas descobertas, além de cobrar royalties. Uma legislação semelhante permitiu aos próprios NIH fazer acordos com laboratórios farmacêuticos, acordos pelos quais suas descobertas seriam transferidas diretamente para a indústria. (ANGELL, 2010: p.23).

A autora salienta que, ainda que a realidade já tenha mudado, isso é um dado relativamente novo considerando que até a década de 80 os pesquisadores eram independentes de companhias. A conjuntura que pareceu favorável e lucrativa na década de 80 com as possibilidades de “transferência de tecnologia” das universidades logo mudou, principalmente quando os laboratórios perceberam que aguardar a finalização de um ensaio tomava tempo de patente e os resultados poderiam ser diferentes do que imaginavam, podendo ser inclusive contrários aos medicamentos que visavam promover. Foi por esse caminho que os

¹⁰³ Angell (2010: p.123) revela que: uma pesquisa recente concluiu que a pesquisa patrocinada pela indústria tinha quase quatro vezes mais probabilidade de ser favorável ao produto do laboratório farmacêutico do que uma pesquisa patrocinada pelos NIH.

laboratórios abriram uma nova indústria de conhecimento, através das organizações para pesquisas por contrato¹⁰⁴.

Desta forma, fica claro que no passado os laboratórios encomendavam os ensaios clínicos e aguardavam os resultados sem terem muita participação no processo. Hoje o quadro é outro, visto que:

Os laboratórios farmacêuticos estão envolvidos em todos os detalhes da pesquisa – desde o planejamento do estudo, passando pela análise de dados, até a decisão de publicar ou não os resultados. Esse envolvimento fez com que a tendenciosidade seja não apenas possível, mas também extremamente provável. Os pesquisadores não controlam mais os ensaios clínicos; os patrocinadores os controlam. (ANGELL, 2010: p.117).

Se por um lado pesquisadores e cientistas perderam a possibilidade de serem imparciais nos ensaios, por outro alcançaram uma fonte de renda lucrativa na parceria com laboratórios, o que leva Angell (2010) a concluir que, inevitavelmente, fica difícil de crer que a proximidade dos laços e a parceria lucrativa não aumentem a tendenciosidade tanto das pesquisas quanto da educação médica em favor das companhias farmacêuticas. Para ilustrar mais concretamente essa discussão, a autora aponta que o caráter tendencioso pode vir com diversas roupagens, desde os elogios à droga mesmo quando os resultados não confirmam tal entusiasmo, ensaios clínicos controlados por placebos e não por medicamentos já existentes, testes que apresentam apenas resultados parciais e por fim, o mais grave, que é a supressão dos resultados negativos das pesquisas.

A presença desta ampla discussão difundida na sociedade, através do que podemos chamar de uma “revolução farmacêutica”, contribuiu para o remodelamento tanto de noções médicas quanto leigas sobre os sentimentos e emoções, por vezes transformados em patologias com possibilidades existentes de tratamentos. Para Conrad (2007), o ramo farmacêutico se constituiu como um dos maiores disseminadores da medicalização através da venda de doenças acompanhada da oferta de tratamentos e medicamentos já antevistos, de forma acessível à população.

Angell oferece um bom exemplo disso através da história dos antidepressivos, onde aborda o modo como o uso inicialmente previsto para um medicamento foi derivado para o

¹⁰⁴ A autora demonstra que com esse novo ramo de pesquisa por contratos houve uma mudança significativa nesse campo: enquanto em 1990 cerca de 80% dos ensaios patrocinados pela indústria eram realizados em instituições acadêmicas, no espaço de uma década essa fatia caiu para menos que 40%. (ANGELL, 2010: p.117).

tratamento de patologias novas. O laboratório *Eli Lilly*, responsável pelo *Prozac*¹⁰⁵, preocupado com o fim da patente e com a possível entrada de medicações genéricas no mercado, logo lançou um novo medicamento chamado *Sarafem*. A “nova” droga é idêntica ao Prozac, com a mesma dosagem, tendo somente cores diferentes e, principalmente, uma nova indicação de uso: o tratamento do “Transtorno de disforia pré-menstrual”. O Paxil, também previsto como um ISRS (Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina) de outro laboratório, foi aprovado para o tratamento de diversas outras condições além da depressão, como o “Transtorno de ansiedade social”, considerada uma forma grave de timidez. Essa nova indicação alavancou a venda do Paxil nos EUA. Segundo a autora:

Em 1987 a FDA¹⁰⁶ aprovou o Prozac para o tratamento da depressão; em 1994, para o tratamento do transtorno obsessivo compulsivo; em 1996, para bulimia; e em 1999, para a depressão geriátrica. [...] E numa jogada ainda mais audaciosa [...] coloriu o medicamento de rosa e lilás e obteve uma aprovação da FDA para comercializar o medicamento para “transtorno da disforia pré-menstrual”, sua terminologia para sintomas pré-menstruais severos. (ANGELL, 2010: p.99-100).

Esse fragmento é esclarecedor, sendo um retrato muito preciso do que vimos discutindo a respeito do papel dos laboratórios farmacêuticos na promoção de doenças para medicamentos, e não o contrário. A influência desta manobra no incremento da medicalização e na ampliação de situações nomeadas como dignas de tratamento medicamentoso é óbvia, em nossa avaliação.

Angell (2010) fala sobre os efeitos desses interesses comerciais na medicalização da vida, ao mencionar situações comuns, usualmente remediadas de modo não medicamentoso, que foram também capturadas nessas disputas. A azia, por exemplo, passou a ser chamada de “doença de refluxo ácido” ou “doença de refluxo gastresofágico”, além de ser anunciada como o medicamento indicado, que não é mais o antigo copo de leite ou antiácido de venda livre. O mesmo ocorreu com a tensão pré-menstrual também transformada em doença.

Os chamados “medicamentos de imitação” são o carro-chefe da ampliação do mercado a partir de usos ligeiramente diferentes para uma mesma droga. Isto é, são estas as manobras estratégicas utilizadas no momento em que um produto de grande vendagem está prestes a perder a exclusividade de comercialização. O investimento no marketing desses “novos”

¹⁰⁵ O Prozac foi o primeiro de um novo tipo de antidepressivo chamado Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS). (ANGELL, 2010).

¹⁰⁶ FDA – Food and Drug Administration. A FDA é o órgão federal nos EUA responsável pela regulação, fiscalização e autorização da comercialização de medicamentos, cosméticos, alimentos, equipamentos médicos e produtos derivados do sangue. Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Administração_de_Alimentos_e_Medicamentos

medicamentos é massivo por meio de propagandas que anunciam o avanço tecnológico comparado ao medicamento anterior. Assim o laboratório não perde seus lucros, ao contrário, pode aumentá-los, como aconteceu com o Sarafem vendido a um preço três vezes superior ao Prozac na ocasião do lançamento. (ANGELL, 2010). Angell afirma serem estes, os medicamentos de imitação, os responsáveis pelo aumento da lista de transtornos psiquiátricos ao transformar em doenças a azia, a timidez, a impotência e a tensão pré-menstrual, para citar alguns exemplos.

O “impreciso” do campo da psiquiatria, portanto, passou a contar com medicamentos que antecedem a existência de problemas (ANGELL, 2010; HORWITZ & MAYES, 2005), tendo essa negociação mais força à medida que ganha espaço entre os formuladores de diagnósticos. Através da própria imprecisão com relação à causalidade das doenças mentais é que o campo da saúde mental se constitui como um terreno próspero de ação para as indústrias farmacêuticas, através da influência sobre os diagnósticos psiquiátricos. Para Angell, é mais fácil expandir a categoria de transtornos no campo da psiquiatria do que das doenças físicas, em função de poucos transtornos terem critérios diagnósticos específicos. (ANGELL, 2010).

Uma recente publicação no PLoS Medicine nos EUA traz apontamentos sobre aqueles que trabalham na força-tarefa para a construção dos manuais diagnósticos em psiquiatria (DSM) e suas relações com a indústria farmacêutica, corroborando o que Angell (2010) apontou anteriormente sobre os riscos da maior propensão dos pesquisadores com vínculos com a indústria favorecerem os interesses desta última. Afirmam os autores:

Atualmente, 69% dos membros da força tarefa do DSM-V afirmam ter relações com a indústria farmacêutica. Isso representa um aumento relativo de 21% sobre a proporção dos membros da força-tarefa do DSM-IV com tais vínculos (57% do DSM-IV dos membros tinham laços). Esta conclusão é congruente com dados emergentes de campos fora da psiquiatria sugerindo que a transparência da fonte de financiamento por si só é uma solução insuficiente para eliminar as influências.¹⁰⁷ (COSGROVE & KRIMSKY, 2012, tradução nossa).

Deste modo, Miguelote e Camargo Jr. (2010) sugerem que o grande desafio na produção de conhecimento hoje está em garantir que interesses de cunho econômico não direcionem pesquisas, comprometendo aspectos éticos e metodológicos indispensáveis para uma produção de conhecimento isenta de conflitos de interesses. Já Marcial Angell (2010),

¹⁰⁷ No original: “Currently, 69% of the DSM-5 task force members report having ties to the pharmaceutical industry. This represents a relative increase of 21% over the proportion of DSM-IV task force members with such ties (57% of DSM-IV task force members had ties). This finding is congruent with emerging data from fields outside of psychiatry suggesting that transparency of funding source alone is an insufficient solution for eliminating bias.”

numa análise mais profunda sobre os bastidores dos laboratórios farmacêuticos, traz novos componentes para o debate e desmistifica a ideia usualmente transmitida sobre as indústrias serem inovadoras, ponderando, com isso, a existência de uma ordem vigente nesse cenário que por vezes escapa à discussão. A exploração desses outros elementos é um dos artifícios privilegiados em nossa proposta de delinear a diversidade na compreensão do tema da medicalização hoje.

3.4 Medicalização e a perspectiva da *biomedicalização*

Recentemente, um novo elemento foi acrescentado ao debate sobre a medicalização, o que torna a discussão ainda mais sofisticada. Adele Clarke e alguns colegas norte-americanos (2003; 2010) vêm trabalhando com a formulação de uma teoria chamada *biomedicalização* em que enfatizam os avanços da medicina associados à alta “tecnicização” da biomedicina a partir da década de 80. Os autores reconhecem logo de saída que nem todos os pontos desenvolvidos por eles são inéditos ao conhecimento, mas afirmam que sua originalidade está na utilização de um novo argumento retórico: o da *biomedicalização* baseada nas inovações e avanços da tecnociência. Ressaltam, ainda, que não trabalham com a ideia de uma substituição dos processos de medicalização pelos de *biomedicalização*, mas sim pela perspectiva de que se trata, sobretudo, de uma mudança de ênfase.

Dentro desta abordagem, as principais consequências sociais da *biomedicalização* envolvem, principalmente, a redefinição do conceito e da economia política da saúde, dos modos de constituição das subjetividades marcadas por esse processo, além da ênfase em um modelo de medicina preditivo, do risco e da vigilância. Percorreremos esses pontos ao longo do texto, mas adiantamos que os autores traduzem tal teoria da seguinte forma:

Biomedicalização é o nosso termo para o processo de medicalização cada vez mais complexo, multilocalizado e multidirecional tanto ampliado quanto reconstituído através de práticas e formas sociais emergentes de uma biomedicina cada vez mais tecnocientífica. Nós sinalizamos com o ‘bio-’ em *biomedicalização* as transformações da vida humana e não-humana tornadas possíveis pelas inovações tecnocientíficas como a biologia molecular, as biotecnologias, a genomização, os transplantes médicos, e novas tecnologias médicas. Isto é, a medicalização está se intensificando, mas de maneira nova e complexa, geralmente enredada de forma tecnocientífica.¹⁰⁸ (CLARKE *et al*, 2003; 2010: p.47, tradução nossa).

¹⁰⁸ No original: “Biomedicalization is our term for the increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization that today are being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine. We signal with the “bio-” in biomedicalization the transformations of both the human and the nonhuman made possible by technoscientific

Esse grupo de autores parte da premissa de que existem duas grandes transformações na medicina americana e é esse o ponto por onde abrem a discussão. A primeira revolução é marcada pelo crescimento da medicina científica ocidental, datada do pós-guerra e alavancada posteriormente pelo processo de medicalização. A outra é decorrente de inovações tecnocientíficas na constituição, organização e prática da biomedicina contemporânea datada do ano de 1985, sobretudo. Apoiados nessa premissa, os autores elencam a *biomedicalização* como a segunda grande revolução no campo da medicina. (Id. Ibid.: p.57). Trata-se, como vemos, de localizar a biomedicalização não apenas como um processo, mas como a mudança de uma era na história da medicina, compondo o que os autores chamaram de uma nova 'paisagem da saúde' [*Healthscape*].

Não podemos deixar de ponderar que tal formulação tem como condição de possibilidade central a relevância assumida pelo papel da biologia para a ciência, como veremos doravante com Nikolas Rose (2001). Falamos do começo do século XXI, quando tais inovações tecnocientíficas se tornaram o tesouro da biomedicina e os vetores da biomedicalização nas sociedades ocidentais. (CLARKE *et al*, 2010).

Esse novo conceito é construído por uma diferenciação ao de medicalização¹⁰⁹, assegurando que enquanto este último enfatiza o exercício e *controle* social sobre fenômenos de natureza distinta pela inclusão de diversos aspectos da vida no rol de questões médicas (ZOLA, 1972; CONRAD, 1992; 2007), a biomedicalização refere-se à *transformação* dos próprios fenômenos em si por meio de inovações tecnológicas da biomedicina. (CLARKE *et al*, 2003; 2010). Embora a biomedicalização abarque também o controle, seu carro-chefe é a transformação dos processos de vida, da saúde e do próprio corpo movida por intervenções tecnocientíficas dirigidas não apenas ao tratamento, mas crescentemente ao aprimoramento humano.

Dentre os pontos de diferenciação entre ambas as teorias, considera-se que a medicalização pode ser vista como co-constitutiva da modernidade, enquanto que a biomedicalização da pós-modernidade, derivada do avanço nas tecnologias de imagem, computação, genética e outras novidades do século XXI. A mudança entre as teorias se passa de modo desigual se pensarmos em níveis micro, intermediário e macro. (CLARKE *et al*,

innovations such as molecular biology, biotechnologies, genomization, transplant medicine, and new medical technologies. That is medicalization is intensifying, but in new and complex, usually technoscientificallly emmeshed ways.”

¹⁰⁹ Nos textos, os autores apresentam um quadro ilustrativo sobre a mudança da medicalização para a biomedicalização de forma resumida em itens. Cf. CLARKE *et al*, 2003; 2010.

2010). Tal qual ocorre com a medicalização, os autores adotam a noção de *biomedicalização estratificada*, o que significa considerá-la como um processo também heterogêneo, irregular e com problemas paradoxais de inclusão, exclusão, participação e resistência ainda mais complexos.

Na medicalização, os autores já haviam notado, que o “mercado médico” norte-americano havia se estratificado por raça, idade, classes e outros atributos. Com isso, apesar dos avanços em termos de intervenções tecnocientíficas se estenderem a mais espaços, ainda não se pode falar de um progresso do setor saúde nos EUA em termos de universalização do acesso, visto que: *muitas pessoas são completamente ignorados, outras tratadas de modo desigual, e enquanto algumas protestam intervenções biomédicas excessivas em suas vidas, outras carecem de cuidados básicos.*¹¹⁰ (CLARKE *et al*, 2010: p.61).

Após o crescimento expressivo de um “complexo médico-industrial” pós II Guerra Mundial, a medicina e posteriormente a biomedicina tornaram-se um mundo sócio-cultural, uma espécie de lente pela qual buscava-se interpretar, compreender e transformar o corpo e a própria vida humana. Por essa via, os autores consideram que enquanto a ideia de um “biomedical technoservice complex inc.” – conceito paralelo ao de ‘complexo médico-industrial’ que marcou a era da medicalização, como distingue os autores – apreende a dimensão político-econômica da biomedicalização, o conceito de biomedicina como uma cultura em si, um regime de verdade – inspirados na expressão foucaultiana – apreende a dimensão sócio-cultural.

De acordo com esse pensamento, o novo conceito paralelo: *ênfatisa a natureza corporativista e privatizada – e não Estatal – das pesquisas, produtos e serviços tornados possíveis pelas inovações tecnocientíficas que promovem a biomedicalização.*¹¹¹ (CLARKE *et al*, 2003: p.167). Isso significa que há uma expansão no alcance da biomedicalização em relação à medicalização, considerando que as instituições e corporações que compõem esse novo complexo são, em geral, multinacionais. A dimensão disso está na crescente globalização, tanto do modelo biomédico quanto dos processos de biomedicalização hoje, o que interfere na reconfiguração dos modos como o indivíduo dá significado à vida e aos problemas sociais.

¹¹⁰ No original: “[...] many people are completely bypassed, others impacted unevenly, and while some protests excessive be a medical intervention into their lives, others lack basic care.”

¹¹¹ No original: “This term emphasizes the corporatized and privatized (rather than state-funded) research, products and services made possible by technoscientific innovations that further biomedicalization.”

A biomedicalização se insere em uma paisagem de crescente privatização e mercantilização manifestada, por exemplo, pela colaboração entre universidades e indústrias farmacêuticas que encomendam ensaios clínicos e pesquisas para promover novos produtos no mercado, como discorrido anteriormente. Esse ponto desvela uma importante modificação sócio-econômica indicativa de um novo cenário, mais favorável aos interesses da biomedicalização. Neste, as transformações políticas e econômicas do setor biomédico variam desde mudanças estruturais maiores até outra em nível micro, relativas às próprias práticas de saúde. Na biomedicalização, segundo os autores: *não apenas os limites jurisdicionais da medicina e do trabalho médico tem se expandido e reconfigurado, mas também as fronteiras do que é legitimamente definido como medicina privada versus pública, e corporativista versus uma medicina sem fins lucrativos.*¹¹² (Ibid.: p.167).

A conceituação do termo aponta, sobremaneira, para o fato das mudanças citadas serem mutuamente e simultaneamente co-constituídas. Isto é: *a premissa fundamental da biomedicalização é a de que a importância cada vez maior das ciências e tecnologias e os novos arranjos sociais são co-produzidos dentro da biomedicina e dos domínios relacionados à esta.*¹¹³ (CLARKE *et al*, 2010: p.49). Os autores se esforçam por fundamentar seus argumentos em uma compreensão alternativa das transformações históricas a fim de sair de uma espécie de determinismo tecnocientífico, por considerarem que ciência e tecnologias são produzidas pela ação humana, sendo um processo mais contingente do que predeterminado. (CLARKE *et al*, 2003).

A ideia geral do termo pode ser compreendida a partir de cinco¹¹⁴ processos interativos principais que tanto engendram a biomedicalização quanto são produzidos por esta. (CLARKE *et al*, 2003; 2010). São estes: (1) a constituição de uma nova economia política da biomedicina, (2) o foco crescente na saúde (e não mais exclusivamente nas doenças) pelos processos de otimização e aprimoramento regidos pela biomedicina da vigilância e do risco, (3) a crescente natureza tecnocientífica das práticas e inovações biomédicas, (4) transformações no modo como se dá a produção do conhecimento biomédico, a gestão, distribuição e consumo da informação, e, por fim, (5) transformações nos corpos

¹¹² No original: “not only are the jurisdictional boundaries of medicine and medical work expanding and being reconfigured, but so too are the frontiers of what is legitimately defined as private versus public medicine, and corporatized versus nonprofit medicine.”

¹¹³ No original: “a fundamental premissa of biomedicalization is that increasingly important sciences and technologies and new social forms are co-produced within biomedicine and its related domains.”

¹¹⁴ Cf, CLARKE *et al*, 2003; 2010.

para inclusão de novas propriedades e a produção de novas identidades tecnocientíficas individuais e coletivas. Segundo os autores:

Esses elementos podem ser utilizados como analíticos e, juntos, constituem a teoria da biomedicalização. O ponto crucial desta teoria é que a biomedicina amplamente concebida vem sendo transformada hoje de dentro para fora através de antigos e novos arranjos sociais que implementam as ciências biomédicas, e da informação, além de tecnologias para intervir na saúde, na doença, na cura, na organização dos cuidados médicos, e no modo como pensamos e vivemos a própria vida.¹¹⁵ (CLARKE *et al*, 2010: p.2, tradução nossa).

Tal processo se caracteriza em grande parte pelo seu maior alcance organizacional e institucional através de inovações tornadas possíveis pelos avanços da genética, pelas ciências da informação e pelo uso do computador, que permite com que mais processos relacionados à saúde e à doença sejam quantificados e analisados. Um ponto importante assinalado no livro sobre essa ideia é o de que:

Inovações e intervenções não são administradas somente por profissionais médicos mas também por ‘tecnologias do self’, formas de auto-governo que as pessoas aplicam a si mesmas (Foucault, 1988; Rose, 1966). Tais tecnologias penetram mais e mais aspectos da vida cotidiana e a experiência da saúde e da doença, criando novas identidades e subjetividades biomedicalizadas, e biossociabilidades – novas formas sociais construídas ao redor e através dessas novas identidades (Rabinow, 1992).¹¹⁶ (CLARKE *et al*, 2010: p.52, tradução nossa).

Diversos estudos promovidos por sociólogos, bem como os avanços da biomedicina têm resultado em pesquisas importantes que procuram esmiuçar e compreender processos de vida com vistas a transformá-los e manipulá-los. Dentre os recursos inovadores, estão as testagens genéticas, os diagnósticos pré-natal, o trabalho com células-tronco, a esperança em medicamentos personalizados a partir da identificação do perfil genético dos indivíduos, como já discutiu autores como Rose (2010).

Tais fatos têm implicação direta no surgimento do que Clarke (2010) comenta acima sobre as novas formas de biossocialidade – em que pessoas se agrupam a partir de uma determinada característica biológica compartilhada, como pontua Rabinow (1992). Para Clarke *et al* (2003), o melhor enquadramento até o momento para a ideia de identidades

¹¹⁵ No original: “This elements may be used as analytics and together constitute biomedicalization theory. The crux of this theory is that biomedicine broadly conceived is today being transformed from the inside out through old and new social arrangements that implement biomedical, computer, and information sciences, and technologies to intervene in health, illness, healing, the organization of medical care, and how we think about and live ‘life itself’.”

¹¹⁶ No original: “Innovations and interventions are not administred only by medical professions but are also ‘technologies of the self,’ forms of self-governance that people apply to themselves (Foucault, 1988; Rose, 1996). Such Technologies pervade more and more aspects of daily life and the lived experience of health and illness, creating new biomedicalizes subjectivities, identities, and biossocialities – new social forms constructed around and through such new identities (Rabinow, 1992).”

tecnocientíficas¹¹⁷ é o conceito de *biossociabilidade* e *bioidentidades* de Paul Rabinow, referida ao modo como cada vez mais os indivíduos se organizam, e constroem-se a si mesmos a partir de um traço biológico compartilhado, revelando o modo como a cultura do somático no que diz respeito a construção identitária está em voga nos tempos modernos.

Uma discussão que não tomamos em primeiro plano, mas que está presente nesse debate alude ao tema da construção identitária, ao modo como as pessoas se constroem e encontram para si um lugar ancorado na multiplicidade de identidades existentes hoje a partir do leque diagnóstico disponível. Existe um tipo identitário para os desatentos, desconcentrados, receosos, obesos, tristes e etc.

Em comparação a um parâmetro abstrato como é o de normalidade, a quantidade e variedade de identidades possíveis é extenso. Estas, no entanto, se apresentam cada dia mais descartáveis e efêmeras, levando o indivíduo a uma busca constante de algo que melhor lhe defina no mundo. Essa pluralidade de possibilidades traz também o outro lado da moeda que são as identidades mais fixas, que parecem visíveis através da noção de bioidentidades. O prefixo *bio*, a nosso ver, parece remeter a algo menos flexível visto ser alicerçado em um traço biológico.

Nesse quadro, não entra em questão somente o já instituído, mas também as possíveis identidades a se instituir, embaladas pela noção de risco predominante na cultura contemporânea. A diferença crucial nisso tudo é fato de que, ao contrário de uma aceitação passiva dos indivíduos quanto aos lugares inventados para estes na sociedade, eles disputam e participam da construção destes moldes incessantemente, seja reivindicando para si determinadas classificações diagnósticas, seja lutando pela desmedicalização de outras, por exemplo.

Essa discussão que resgata a virada na posição dos indivíduos frente ao discurso especializado, à medicina e também à medicalização, é crucial para o encadeamento da argumentação aqui desenvolvida. Diante disso, não podemos deixar de mencionar o “looping effect”¹¹⁸ proposto pelo filósofo Ian Hacking (1995) como uma perspectiva que vale ser melhor explorada em trabalhos futuros, que investiguem esse movimento de inversão na posição ocupada pelos indivíduos frente ao que seja um discurso da ciência, antes entendido

¹¹⁷ Os autores explicam que aquilo que chamam de “identidade tecnocientífica” é um termo genérico para os novos gêneros de identidades baseadas no risco, na genética, na epidemiologia e na tecnociência. (CLARKE *et al*, 2003).

¹¹⁸ Cf, HACKING, I. The looping effect of human kinds, 1995.

como distante e sacralizado. Na visão do autor, os participantes envolvidos no processo de medicalização são indivíduos ativos, afetados, mas que também afetam e modificam o processo de medicalização por meio da interação com a sociedade, com os diagnósticos e com as classificações que lhes são ofertadas.

No contexto da biomedicalização, Clarke *et al* (2010) se dedicam a pensar a relevância assumida pelo “não instituído”, exemplificados pela imagem do risco e da vigilância em saúde, pelas pesquisas e produção de conhecimento na área, que se transformam em formas refinadas de possíveis doenças. Isso se deve à *institucionalização da suposição de que todos são potencialmente doentes*¹¹⁹ (Ibid. p.65), alvos de tratamentos e futuros diagnósticos. Tal fato aponta para um dos cinco itens trabalhados no livro que trata da influência da biomedicalização na produção, gestão, transformação e consumo de conhecimento. Neste quadro, o foco dado aos riscos e à vigilância em saúde passam pela mercantilização da saúde e dos estilos de vida, aspectos característicos do cenário contemporâneo, posto que, para os autores, o mais radical desse novo tempo é a biomedicalização da saúde em si. (CLARKE *et al*, 2003).

Estes pensadores situam a discussão no panorama da biomedicalização moderna, afirmando através disso que:

A saúde se torna um objetivo individual, uma responsabilidade moral e social e um espaço habitual de intervenções biomédicas. Crescentemente, o que vem sendo articulado é a responsabilidade moral do indivíduo em ser e se manter saudável (Crawford, 1985). [...] Na era da biomedicalização, o foco não está mais nas doenças ou deficiências como questão de destino, mas sim na saúde como uma questão de auto-transformação moral contínua.¹²⁰ (CLARKE *et al*, 2010: p.63, tradução nossa).

Alguns autores apontam a noção de risco como uma bússola moderna da constituição subjetiva individual e de orientação das trocas sociais. Inspirado em Giddens (1991), Bezerra pondera que na sociedade contemporânea, os indivíduos não são mais orientados pela tradição ou pela política, sendo solicitados a escolher em todos os âmbitos da experiência. Isto é: *ideologia, identidade, aparência, padrão moral de conduta, tudo parece depender de decisão individual, já que as antigas referências à tradição, classe, família, cultura local etc, tiveram sua legitimidade questionada e seu poder normativo esvaziado.* (BEZERRA, 2002: p.232). É

¹¹⁹ No original: “the institutionalization of the assumption that everyone is potentially ill”.

¹²⁰ No original: “Health become an individual goal, a social and moral responsibility, and a sight for routine biomedical intervential. Increasingly what is being articulated is the individual moral responsibility to be and remain healthy (e.g., Crawford, 1985). [...] In the biomedicalization era, the focus is no longer on illness, disability and disease as matter of fate, but on health as a matter of ongoing moral self-transformation.”

nessa moldura recente da cultura que o indivíduo tem sua constituição identitária constantemente atravessada pela noção do risco.

Acima já havíamos tratado da proeminência do risco e da vigilância que se estendem a toda população pela perspectiva da auto-vigilância sobre o estilo de vida cotidiano. Essa discussão foi protagonizada por Crawford (2006) e Armstrong (1995) pelo prisma da “problematização do normal” através da ênfase na saúde e no fato de não ser mais necessário se apresentar sintomas para se estar “em risco” de desenvolver uma doença. Retomamos agora esse tópico pelos autores dessa seção por ser um tema que pertence a um dos cinco processos-chave que compõem a biomedicalização. Considerado isso, as chamadas “tecnologias do risco” assumiram um papel de “normalização” num sentido muito particular, que destoa de antigas formulações e refere-se à criação de modelos padrão de julgamento do indivíduo e suas ações. Deste modo, de acordo com Clarke *et al*:

Uma relevância especial da era biomedicalização é a elaboração de ferramentas padronizadas de avaliação de risco (por ex. para avaliar o risco de câncer de mama, doença cardíaca, diabetes, hipertensão, etc.) que tomam estatísticas de risco epidemiológico, ostensivamente significativas apenas em um nível populacional, e as transformam em fatores de risco que são considerados significativas ao nível individual (Gifford, 1986; Rockhill et al. 2001)¹²¹. (CLARKE *et al*, 2003: p.172, tradução nossa).

Considera-se, com isso, que as pesquisas e produção de conhecimento vinculados à tarefa de se conhecer os fatores de risco à saúde são elementos da biomedicalização que continuarão a contribuir para o desenvolvimento de uma “medicina de vigilância”, tal como formulou Armstrong (1995). Contudo, a virada apontada está no fato de que, embora a saúde seja paradoxalmente mais biomedicalizada por esses processos de vigilância e constante monitoramento por indicadores, ela é também menos biomedicalizada na medida em que a responsabilidade deixa de ser atributo exclusivo do profissional médico e passa a contar com a colaboração do indivíduo paciente, usuário e também consumidor. (CLARKE *et al*, 2003).

Por fim, voltamos ao ponto-chave em que a biomedicalização influencia diretamente na transformação e produção de novas identidades individuais e coletivas. Nesse sentido, falarmos em regulação nesse domínio implica em pensar em um estilo de governo que funciona de dentro para fora, e não de cima para baixo. O corpo deixa de ser visto como

¹²¹ No original: “Of particularsaliene in the biomedicalization era is the elaboration of standardized risk-assessment tools (e.g., to assess risk of breastcancer,heartdisease, diabetes, hypertension, etc.) that take epidemiological risk statistics, ostensibly meaningful only at the population level, and transform them into risk factors that are deemed meaningful at the individual level (Gifford 1986; Rockhill et al. 2001).

estático, imutável e alvo de controle, sendo, ao contrário, flexível e passível de ser reconfigurado pelas mutações produzidas pela biomedicalização no âmbito da subjetividade.

Assim, a questão da biomedicalização vai além de uma: *mera regulamentação e controle do que os corpos podem (e não podem) ou devem (e não devem) fazer para incidir também sobre a avaliação, mudança, remodelamento, reconstituição, e finalmente transformação do corpo para fins variados, incluindo novas identidades.*¹²² (CLARKE *et al*, 2003: p.181). À isso, os autores chamaram de uma passagem da normalização à customização, em que a possibilidade de personalização da farmacologia ou da engenharia genética, por exemplo, se constituem como um novo “nicho de mercado” ancorado na mercantilização e fetichização de produtos e serviços de saúde. As ambições quanto a atenção “à vida” cobrem um raio que vai desde o investimento no aprimoramento corporal até propostas de promoção de saúde.

3.4.1 Os avanços da ciência moderna: a era biológica

Rose (2010) é outro autor que se dedica a pensar as transformações contemporâneas no campo da biomedicina tratando do impacto dos avanços biomédicos contemporâneos sobre a sociedade, e apelidando-os juntamente com Sarah Franklin, sua colega de trabalho, de “tecnologias de esperança”. Rose aponta em seu texto para a mistura entre esperança e propaganda frequentemente associadas à biomedicina, perguntando: *como devemos avaliar essa mistura complexa de esperança e propaganda em relação à saúde?*

O autor assinala a distinção entre dois universos de interesses em cena no campo da biomedicina. Por um lado, no universo do mundo desenvolvido, as “esperanças” diante da biomedicina são também políticas e econômicas sendo os avanços biotecnológicos, por exemplo, vistos como a principal chave para a economia do conhecimento. As técnicas biomédicas prometem aumentar a habilidade em modificar e manipular os processos corporais a vontade na busca pelos desejos. (ROSE, 2010: p.629). Do outro lado, um universo distinto em que relata Rose: *apenas uma pequena porção dos recursos da nossa era biomédica é direcionada para os principais problemas da maioria da população do mundo.*

¹²² No original: “opportunities for biomedicalization extend beyond merely regulating and controlling what bodies can (and cannot) or should (and should not) do to also focus on assessing, shifting, reshaping, reconstituting, and ultimately transforming bodies for varying purposes, including new identities.”

(Id., Ibid.). O autor exemplifica a que se refere pontuando que a maior causa de sofrimento, falta de saúde e morte ainda é a extrema pobreza, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Existe um debate importante no campo da sociologia a respeito dos propósitos e benefícios da biomedicina, em que alguns autores consideram os avanços como mais um estágio ou exemplo do processo de medicalização, enquanto que outros criticam como um cenário de ‘geneticização’ excessivo e outros ainda consideram como uma nova forma de eugenia. Rose (2010) parece não adotar uma perspectiva fatalista ou reducionista sobre a biomedicina contemporânea. Todavia, não se furta a ponderar que: *o abismo entre os problemas desse mundo e as promessas da biomedicina ‘high tech’ parece imenso*. (Id., Ibid.). O autor avalia que existem expectativas exageradas de mudanças a partir da biomedicina e é grande parte em cima disso que ela prospera, e não necessariamente pela via de avanços terapêuticos revolucionários em si.

Rose (2001) indaga-se sobre as transformações nos modos de governo da vida ao longo dos séculos, já tendo sinalizado uma mudança abrangente sobre o modo como a vida humana é gerida e compreendida de acordo com os parâmetros histórico-sociais. Desde meados do século XIX a gestão da vida era organizada e estruturada a partir da divisão entre normalidade e anormalidade, isto é, através da perspectiva da norma e do desvio. Contudo, Rose retoma que: *ao longo do século XX, a norma foi medicalizada, analisada estatisticamente, moralizada e socializada – ser normal correspondia a ser saudável, estar na média, ser virtuoso e ser socialmente aceito.*¹²³ (ROSE, 2001: p.19). Com o advento do século XXI e os inúmeros avanços alcançados no campo das ciências da vida, o autor questiona se ainda nos organizamos pela mesma lógica da normalização, característica do século XIX. A ambição deste questionamento não é tanto a de descrever o presente ou prever o futuro, mas sim de poder delinear de alguma forma as linhas de verdade e poder por onde os novos seres humanos tem se constituído na era biológica. (ROSE, 2001).

Nesse panorama de debates em torno do normal e patológico, das disputas sobre entidades nosológicas, identidades, localização física do sofrimento e das doenças, Rose extrai um importante marco histórico que é a codificação do genoma humano - um dos maiores anseios entorno da decodificação da vida. Segundo o autor, este achado seria para muitos a solução de questões nebulosas e difusas sobre a vida humana, visto que: *as previsões*

¹²³ No original: “Across the twentieth century, the norm was medicalised, statisticalised, moralised and socialised - to be normal was to be healthy, to be average, to be virtuous and to be socially acceptable.”

*e ansiedades sobre a ideia de um gene para tudo, desde a homossexualidade ao senso de humor - tanto dos caçadores de genes quanto dos críticos sociais - parecem ter se confundido.*¹²⁴ (ROSE, 2001: p.20). O mapeamento do genoma humano encontrou bem menos informações do que se esperava a respeito do repertório comportamental, da consciência, do aprendizado e da memória, por exemplo, e com isso trouxe menos “respostas” fantasiadas e aguardadas historicamente. Assim, a expectativa de que um gene corresponderia diretamente a uma doença foi inteiramente frustrada. A concepção a respeito do ser humano vem sendo remodelada a partir de novos conhecimentos, mas não da mesma maneira como se havia previsto.

Há uma mudança crucial a respeito da divisão binária entre normal e patológico, que se diferenciam de uma perspectiva Canguilhemiana¹²⁵ sobre normas vitais e sociais. (ROSE, 2001). Segundo Rose, houve uma inversão no modo de compreensão contemporâneo em que desvios concebidos a partir de julgamentos sociais passaram a ser figurados como patologias vitais. Nas palavras do autor:

Podemos argumentar que a norma social da saúde substituiu a vital – saúde como eterna juventude, perfeição física, como expectativa de vida sempre mais expansível, como fertilidade para todos em qualquer idade e assim por diante. E, em relação à mente, pode-se argumentar que existe uma norma social de contentamento, felicidade e ajustamento, por exemplo, que subjaz à psiquiatria contemporânea. Em sua nova roupagem – a psicofarmacologia - parece ter tomado características chave da própria vitalidade como anormalidades abertas à normalização. Tristeza se tornou depressão, desgostar de situação sociais se tornou fobia social - em nome de uma norma social – e não vital – de saúde¹²⁶. (ROSE, 2001: p. 21, tradução nossa).

Diferente de Canguilhem, Rose afirma que a perspectiva foucaultiana considera que não apenas as normas sociais possuem uma história, mas também as vitais que ganharam consistência a partir do século XIX através de modos de governar a existência individual e coletiva. Tais normas, no entanto, surgiram somente no interior de um determinado aparelho de governo da saúde, como os hospitais, por exemplo. Para o autor, a forma de governo ligava

¹²⁴ No original: “The predictions and anxieties about ‘the gene for’ everything from homosexuality to a sense of humour – both those of the gene hunters and those of their sociological critics – seem to have been confounded.”

¹²⁵ Cf. CANGUILHEM, 1978.

¹²⁶ No original: “Thus we could argue that a *social* norm of health has replaced a *vital* one – health as eternal youth, as physical perfection, as ever prolonged life expectancy, as fertility for all and at any age and so forth. And, in relation to the mind, one could argue that it is a social norm of happiness, contentment and adjustment, for example, that underlies contemporary psychiatry. In its new guise – psycho-pharmacology – it seems to have taken key features of vitality itself as abnormalities open to normalisation. Sadness becomes treatable depression, dislike of social situations becomes treatable social phobia – in the name of a social, not a vital, norm of health.”

a existência temporal e espacial a padrões sobre os modos de se vestir, as boas maneiras, a pontualidade, o comportamento: *isso permitiu que julgamentos de desvios fossem feitos em escolas, fábricas, exércitos, hospitais, reformatórios e que processos de normalização fossem postos em movimento. E essas normas eram alinhadas com as da medicina, sendo naturalizadas.*¹²⁷ (ROSE, 2001: p.21).

A diferença sublinhada está relacionada a Foucault compreender que normas vitais eram também sociais, consideração visível em sua asserção de que a medicina foi a primeira ciência “social”, como visto no primeiro capítulo. Normas e padrões de vida, como a longevidade e os índices de natalidade, por exemplo, surgidos num contexto reconhecido como biopolítico, se constituíram a partir de projetos de governo da população em termos de saúde e doença. Assim, Rose conclui enfatizando que: *as normas sociais e vitais de indivíduos e populações sempre foram inextricavelmente entrelaçadas no coração do conhecimento médico. Tais normas foram desenvolvidas nos programas de bem-estar social e de saúde nacional, que tomou forma ao longo do século vinte.*¹²⁸ (Ibid.: p.22).

Normas e julgamentos continuam a moldar tanto a vida quanto o conhecimento médico, contudo, a mudança do século XXI está no fato de que as concepções contemporâneas sobre saúde e a vida emergem de novas forças e atores com diferentes objetivos desempenhando um papel fundamental sobre questões de saúde e doença, assim como sobre o tratamento de diversas condições e pessoas. A ideia de “norma” não vem somente da vida em si, e tampouco exclusivamente dos programas de governo, o debate contemporâneo inclui múltiplos participantes. Sinalizamos que estes novos atores citados por Rose aproximam-se dos mencionados também por Conrad (1992; 2007) e Rosemberg (2006) anteriormente no desdobramento da concepção de medicalização como um processo coletivo.

Uma das principais expectativas subjacentes à codificação do genoma humano era justamente a possibilidade de poder estabelecer um padrão de saúde, uma norma, em que todas as diferenças e discrepâncias seriam classificadas como anormalidades: *sempre se previu que uma nova forma de vigilância molecular iria categorizar indivíduos como saudáveis ou patológicos, através das sequências de base no genoma, e que os dividiria e*

¹²⁷ No original: “This enabled judgements of deviation to be made in the schools, factories, army, hospital, reformatory, and processes of normalisation to be set in motion. And these norms were linked up with those of medicine, they were naturalised.”

¹²⁸ No original: “So my point is that social and vital norms of individuals and populations have always been inextricably intertwined at the very heart of medical knowledge. Such norms were developed further in the programmes of social welfare and national health that took shape across the twentieth century.”

*administraria as suas vidas, à luz da implacável verdade biológica.*¹²⁹ (ROSE, 2001: p.23). Como o próprio autor já pontuou, a publicação em 2001 do genoma humano frustrou aqueles que esperavam que este achado resolveria dilemas históricos sobre normalidade e patologia. Na sequência, Rose ironiza que *a variação é a norma*. (Ibid.) Para ele:

Esta nova visão molecular da individualidade parece não funcionar em termos da oposição binária entre normal e patológico, ou do mapeamento de um julgamento social de valor para um julgamento médico de morbidade. Parece haver uma geneticização da variabilidade sem a postulação recíproca de uma norma - *variação sem uma norma*.¹³⁰ [grifo do autor]. (Ibid., tradução nossa).

Com isso, o autor realça uma mudança desta nova era que refere-se à ambição de se conceber o indivíduo a partir de uma perspectiva molecular, o que tem implicações na concepção do anormal, ao passo que introduz também a noção do risco, ou das suscetibilidades, como Rose (2001) prefere chamar e como já vimos abordando. Para este há uma transformação das “anormalidades implacáveis para as suscetibilidades gerenciáveis”, que se insere em uma reformulação maior nas práticas de gestão das pessoas. Nesse ponto o autor cita a noção de Gilles Deleuze sobre vivermos em uma sociedade de controle e não mais disciplinar, tal como formulou Foucault, como uma característica-chave da conjuntura analisada.

A noção de risco que antes era probabilística e referia-se à localização na história pessoal e ao pertencimento a uma determinada linhagem familiar com algum fator de risco, cedeu lugar a outra medida a partir da “geneticização” e da ideia de personalidade biogenética, que seria uma calibração o mais precisa possível entre um indivíduo e suas susceptibilidades específicas (ROSE, 2001), ou aquilo que vimos como a ideia de uma “customização”. Neste cenário, ganham relevância as aspirações da farmacologia moderna na busca por inovações no desenvolvimento de drogas medicamentosas personalizadas, que respondam a estes anseios. Clarke *et al* (2003) nomeiam como “terapia do gene”, essa perspectiva de que a: *farmacogenética – a área que pesquisa a interação das diferenças genômicas com a função da droga e o metabolismo – oferece a promessa de que terapias*

¹²⁹ No original: “A new form of molecular surveillance was often predicted that would categorise individuals as healthy or pathological on the basis of the sequences of bases on their genome, and would divide them up and administer their lives in the light of this implacable biological truth.”

¹³⁰ No original: “This new molecular vision of individuality does not seem to operate in terms of the binary of normal and pathological or the mapping of a social judgement of worth onto a medical judgement of morbidity. We seem to have a geneticisation of variability without the reciprocal positing of a norm – *variation without a norm*.”

*medicamentosas podem ser customizadas para grupos e indivíduos.*¹³¹ (CLARKE *et al*, 2003: p.175).

Além dos medicamentos prometerem produtividade, atenção, concentração, desempenho pessoal, sexual e demais *upgrades* de saúde, com a perspectiva de customização eles abrem uma janela de possibilidades de intervenção ainda maior a partir da promessa de uma terapia medicamentosa personalizada. Essa oferta tem como alvo o que existe de mais particular e íntimo no homem, ilustrando precisamente o que citamos acima como um olhar molecular sobre a individualidade.

O autor propõe que a partir das mudanças nos regimentos de verdade das ciências da vida, o cenário moderno pode ser caracterizado por uma espécie de política molecular. Em seu ponto de vista, a biomedicina contemporânea é um elemento chave na fabricação do *self* contemporâneo. Com os rumos desse cenário, é provável que no futuro os indivíduos se vejam obrigados a esculpir suas vidas em termos de sua particularidade genética e de sua individualidade biológica que, assentadas sobre uma base genética com múltiplos problemas de suscetibilidades, apontariam para a impossibilidade de se pensar a vida sob uma ótica binária considerando que todas as doenças teriam, em tese, uma base genética (ROSE, 2001); discussão essa que já foi aventada pelos teóricos vistos anteriormente que se dedicam a pensar a era da biomedicalização.

Nesse tempo marcado pelo predomínio do viés biológico no campo das ciências, a psiquiatria costuma figurar como carro-chefe das discussões, levando a que Rose (2001) fale em uma bio-psiquiatria pautado no advento das explicações e tratamentos de ordem biológica para os problemas mentais. Sobre essa configuração, autor afirma que se poderia chamar a isto de “o nascimento do self neuroquímico”. (Ibid.: p.27). A psiquiatria hoje se dedica a tecnologias de imagem do cérebro, a neurociência molecular e a genética, supondo, com isso, caminhar no sentido de superação do antigo dualismo entre corpo e alma. (ROSE, 2001). Segundo Rose, a bio-psiquiatria compreende o indivíduo em termos de um novo *self* psiquiátrico, através do qual se pode ver o “estilo de pensamento” paradigmático da psiquiatria biológica:

Na conta da nova personalidade neuroquímica, não existe mais distinção entre um transtorno orgânico ou funcional [...] Ela já não se preocupa com a mente e a *psyche*. Mente é somente o que o corpo, o que o cérebro, faz. E patologia mental é simplesmente a consequência comportamental de um erro identificável, e

¹³¹ No original: “Pharmacogenomics - the field that examines the interaction of genomic differences with drug function and metabolism - offers the promise that pharmaceutical therapies can be customized for groups and individuals.”

potencialmente corrigível, ou uma anomalia em algum aspecto do cérebro - nos seus neurotransmissores, receptores e assim por diante.¹³² (ROSE, 2001: p.29, tradução nossa).

Essa discussão encontra o ponto de onde partimos a respeito das normas sociais e vitais, considerando que nessa perspectiva biológica não é esta – a norma – que está em questão, mas sim o erro ou deficiência no maquinário neuroquímico cerebral. Precisamente por esta brecha é que surgem os medicamentos com o propósito de corrigir um mal funcionamento. A partir daí é que o autor assegura que: *a cadeia de raciocínio característico da psiquiatria biológica opera para sustentar um sonho de intervenção farmacêutica individualizada a nível molecular para corrigir uma suscetibilidade. Isso não é tanto normalização mas sim correção.*¹³³ (ROSE, 2001: p. 30). Isso tem a ver com a nova roupagem neuroquímica e psicofarmacológica da psiquiatria que contribui para a ideia de um *self* flexível e manipulável que não mais caminha no sentido da normalização exclusivamente, mas em direção ao aprimoramento [*enhancement*] das capacidades humanas. (ROSE, 2001).

Nikolas Rose passa por todos esses pontos do debate, dedicando-se especialmente ao terreno da psiquiatria, para chegar ao fio amarrador de todo esse cenário contemporâneo que, sob seu ponto de vista, traduz-se em uma enorme capitalização das ciências da vida, da biotecnologia e da própria vida em si mesma. Isto é:

A capitalização do poder para tratar intensifica a redefinição do que é passível de correção ou modificação. Não se trata simplesmente de embaçar as fronteiras de normalidade e patologia, ou alargar a rede de patologia. Isso tem a ver com a mobilização de ideais de hipernormatividade - vemos uma espécie de co-produção da droga e do nicho de mercado para ela, e, no processo, a emergência de um mercado ainda mais genérico para as drogas que irão reformular nossas capacidades para viver.¹³⁴ (ROSE, 2001: p.31, tradução nossa).

¹³² No original: "In its new 'neurochemical' account of personhood, it no longer distinguishes between organic and functional disorders [...] It no longer concerns itself with the mind or the psyche. Mind is simply what the body, what the brain, does. And mental pathology is simply the behavioural consequence of an identifiable, and potentially correctable, error or anomaly in some aspect of the brain – in its neurotransmitters, receptors and the like."

¹³³ No original: "The chain of reasoning characteristic of biological psychiatry operates to underpin a dream of individually tailored pharmaceutical intervention at the molecular level to correct a susceptibility. This is not so much normalisation as correction."

¹³⁴ No original: "So the capitalisation of the power to treat intensifies the redefinition of that which is amenable to correction or modification. This is not simply blurring the borders between normality and pathology, or widening the net of pathology. It is mobilising ideals of hypernormativity – we see a kind of co-production of the drug and the niche market for it, and in the process, the emergence of a much more general market for drugs that will reshape our capacities to live."

A caminho do desfecho dessa dissertação julgamos necessário fazer uma segunda digressão na apresentação dos debates, de modo que possamos penetrar no campo da psiquiatria mais especificamente, considerando que este apareceu reiteradamente em algumas passagens do texto. O próximo e último item se constitui como um importante pólo de análise no que tange às discussões sobre o limiar que diferencia as alterações comuns da condição humana e as manifestações de adoecimento, com as consequências disso em termos de medicalização do cotidiano.

Diante de uma perspectiva biológica a respeito da vida, vemos que a busca por objetividade se revela de forma mais ressaltada em experiências de vida cuja manifestação é o mal-estar subjetivo, que se apresenta como expressão de um terreno turvo da existência, em que a psiquiatria sobressai como um elemento de destaque, e mesmo regulador, desse campo. Adiante passaremos por estas discussões à luz dos artifícios da própria psiquiatria para lidar com a nebulosidade por trás dos dilemas da vida a que se propõe definir, tratar e dar sentido.

3.5 Estreitamento da normalidade e avanço da medicalização: o exemplo da psiquiatria

A partir do exposto a respeito da crescente capacidade de resposta da medicina enquanto um saber capaz de articular “cientificamente” fatos sociais e questões de saúde, vimos que no século XX o tema da medicalização do cotidiano tornou-se pauta de discussões e alvo de críticas, sendo o pólo do saber psiquiátrico um importante impulsionador disso. Há algumas décadas a psiquiatria é tema de autores citados nos dois últimos capítulos, tendo as críticas à medicalização surgido em meio à onda de contestações em curso dirigidas às práticas e realidades instituídas a partir do saber psiquiátrico.

Voltamos, portanto, às primeiras censuras sobre a psiquiatria para que o nível de discussão a que chegamos - buscando sempre uma historicização do debate - nesse terceiro capítulo seja melhor situado, principalmente pela pertinência alcançada pelo debate na cena contemporânea. O desdobramento das críticas a seguir referem-se, grosso modo, à medicalização da vida a partir do estreitamento da normalidade, particularmente por meio dos avanços da psiquiatria em termos de multiplicação do número de diagnósticos e de situações da vida comum enquadradas como problemas passíveis de tratamento.

Nesse sentido, o tema do estreitamento da normalidade nos ajuda a apontar como o processo de medicalização se transformou de modo complexo, apresentando desafios a serem

refletidos. Dentre outras coisas, essa ideia remete a um fenômeno atual sobre o modo como a insígnia do risco projeta a medicalização na medida em que modifica as balizas entre normalidade, diferença e patologia. Por um lado, isso se deve ao fato de que a medicalização hoje se faz presente já pelo risco de determinada doença, e não mais unicamente pela existência de um problema em si, e mais ainda, faz-se presente também pelas possibilidades da intervenção médica aprimorar comportamentos humanos. Por outro, os avanços tecnológicos na área da genética e das neurociências, por exemplo, modificaram muito o alcance da medicina e da biologia enquanto práticas e sistemas de interpretação da vida que não precisam mais se impor verticalmente às pessoas, na medida em que se tornaram assuntos reivindicados socialmente. No caso da psiquiatria, portanto, veremos como o processo de medicalização recente engendrou questões que não estavam contidas nas primeiras formulações.

Ao citar a medicalização como uma redefinição de comportamentos como problemas médicos ou doenças candidatas a tratamento, Peter Conrad afirmou que: *essa redefinição não é uma nova função da instituição médica: a psiquiatria e a saúde pública sempre estiveram preocupadas com o comportamento social e tradicionalmente funcionaram como agentes de controle social (Foucault, 1965; Szasz, 1970; Rosen, 1972).*¹³⁵ (CONRAD, 1975: p.12).

Considerando isso, julgamos pertinente fazer uma breve exposição sobre o contexto e o papel desempenhado historicamente pela psiquiatria no âmbito das críticas a respeito da medicalização. Para isso, citamos a história concisa dos manuais diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais (DSM's) por considerarmos que estes serviram como disparadores de críticas, na medida em que se tornaram um instrumento de categorização da vida cada vez mais inclusivo, o que pode ser compreendido pela sua inserção no que Rosenberg (2006) designou como uma era de expansão das fronteiras nosológicas. É por este viés de ampliação de tais fronteiras, que vislumbramos uma possibilidade de intercessão da discussão com o mote da medicalização.

Rosenberg menciona o mandato histórico da psiquiatria, dentro da seara da medicina, em legislar sobre tudo aquilo que se caracterizava como impreciso e impalpável. Tanto aspectos emocionais quanto comportamentais que não contavam com uma explicação

¹³⁵ No original: “This redefinition is not a new function of the medical institution: psychiatry and public health have always been concerned with social behavior and have traditionally functioned as agents of social control (Foucault, 1965; Szasz, 1970; Rosen, 1972).”

razoável ou localizável organicamente, eram de responsabilidade da psiquiatria¹³⁶. Portanto, não é a toa que psiquiatria é trazida para a cena dos debates, visto ser esta historicamente o braço da medicina envolvido com disputas e delimitações complexas sobre a normalidade e a anormalidade, a aptidão e inaptidão, doença e diferença, o que, em consequência, a coloca no coração do tema da medicalização.

A censura dos autores explorados nos primeiros capítulos foi contundente com relação aos avanços do aparato médico sobre a vida. Anos depois, autores mais contemporâneos se mostraram também preocupados com a expansão e a rapidez com que novos problemas são criados e tratados. Allen Frances¹³⁷, por exemplo, considera que uma das consequências do avanço da medicalização é o estreitamento da normalidade, o que significa que cada dia menos pessoas se enquadram nos parâmetros do “normal”, à medida que inúmeros detalhes e nuances da existência humana vêm sendo re-descritos como problemas. O que aparece a partir da discussão é a existência hoje de uma psiquiatria que traz consigo não mais a problemática da loucura como carro-chefe exclusivamente, mas a aptidão para o esquadrinha e explicação para todo tipo de mal-estar, em que todos vão virando alvo de intervenção, nomeação e possíveis diagnósticos. Esta é a preocupação que nos move neste capítulo e que elegemos como uma ramificação a qual nos dedicaremos, dentro da temática maior sobre a medicalização.

Diante do panorama acima descrito, as consequências se apresentam diretamente na reconfiguração de fronteiras entre normalidade, patologia e diferença. Existem novas formas de construção de identidade, novos ideais vigentes na cultura, bem como novos repertórios de significados para a experiência humana, que vão remodelando e empurrando essas fronteiras para um terreno cada vez mais movediço.

Já num primeiro momento de discussões, vislumbramos que as críticas à medicalização se dirigiram ao desaparecimento progressivo de condições compreendidas como simples diferenças em si, e assim: *condições consideradas como ‘diferenças’ indesejáveis ou estigmatizáveis (Goffman, 1963) foram medicalizadas (ex.: cirurgias cosméticas para falta de beleza, medicações de dieta para obesidade) e o tratamento médico*

¹³⁶ Rosenberg (2006: p.411) não deixa de comentar também a história da medicina psiquiátrica de flertes acrílicos com intervenções somáticas aparentemente eficazes. O autor cita o choque de insulina e a lobotomia como exemplos desse antigo anseio por objetividade.

¹³⁷ Allen Frances, psiquiatra americano, foi presidente da força-tarefa para construção do DSM-IV, atualmente é professor da Universidade de Medicina de Duke nos EUA e autor de importantes críticas quantos aos excessos produzidos por estes manuais. Recentemente, Frances tem protagonizado as principais críticas à elaboração do DSM-V. Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Allen_Frances

*de tais condições foi normalizado (Armstrong, 1995; Crawford, 1985).*¹³⁸ (CLARKE *et al*, 2010: p.51).

Ao longo da história, as discussões a respeito do sofrimento psíquico e as delimitações acerca do normal e do anormal decorrentes disso foram sempre conflitantes. Não existiam universais a respeito dessas fronteiras, embora a psiquiatria seja reconhecidamente a teoria de “domínio” do assunto, o *discurso competente* de distintas épocas. Contudo, essas demarcações na atualidade parecem menos colidentes visto vivermos um panorama não mais do “obscuro”, mas em direção a claras e específicas nomeações onde as pessoas acreditam cada vez mais que tais fronteiras podem ser nitidamente definidas pela interposição de um diagnóstico psiquiátrico.

O saber psiquiátrico passou por um período de rupturas e transformações importantes a partir das décadas de 60 e 70 principalmente, o que abarcou a antiga e atual discussão com relação ao normal e patológico, e ao modo como a psiquiatria se apropriava dos fenômenos da existência humana. Rosenberg (2006: p.411), afirma que o saber psiquiátrico, desde o século XIX: *tem sido um definidor de fronteiras, uma espécie de gerenciador a delinear e designar o normal e o anormal e, portanto, inevitavelmente, um participante-chave nesse processo interminável.*¹³⁹

A psiquiatria é, assim, a disciplina que lida com dilemas dos quais ainda estamos longe de chegar a um consenso sobre a gestão e os limites precisos de uma doença. A imprecisão dessas fronteiras levou a que muitos sociólogos estudassem a medicalização dos desvios, a tendência a se re-categorizar o pecado como patologia e a concessão da gestão destas condições a profissionais certificados. (ROSENBERG, 2006).

O autor enfatiza as mudanças ocorridas desde o último século, analisando que a psiquiatria permanece como uma herdeira particular de questões referentes a negociações sócio-culturais sobre a “validade” de algumas doenças, bem como as fronteiras entre normal e anormal. (Idem). Contudo, esta deixou de ser solitária nestas negociações ao passo que outros atores se somaram ao papel de negociadores de categorias e legitimidades de algumas doenças. Tais atores vão desde a mídia, juízes e professores até os próprios pacientes e familiares. O autor avalia que:

¹³⁸ No original: “[...] conditions understood as undesirable or stigmatizable (Goffman, 1963) “diferences” were medicalized (e.g., unattractiveness through cosmetic surgery; obesity through diet medications), and medical treatment of such conditions was normalized (Armstrong, 1995; Crawford, 1985).”

¹³⁹ No original: “psychiatry has been a definer of boundaries, a delineator and designated manager of the normal and abnormal, and thus unavoidably a key participant in this never-ending debate.”

Desde o último terço do século, nós temos expandido pretensas categorias de doenças para incluir uma variedade cada vez maior da dor emocional, idiosincrasias e comportamentos culturalmente inquietantes. **A psiquiatria tem sido a legatária residual destes desenvolvimentos, desenvolvimentos estes que sempre foram contestados quanto aos limites sempre mutáveis entre doença e desvio, sentimento e sintoma, o aleatório e o determinado, o estigmatizado e o livre de valor.**¹⁴⁰ (ROSENBERG, 2006, p:407, grifo nosso, tradução nossa).

É importante ressaltar que a expansão de fronteiras nosológicas, contudo, não acabou com as controvérsias quanto à categoria de doenças que visam explicar emoções, comportamentos e sentimentos. A contestação entorno de tais demarcações é um tema em constante re-atualização. O autor aponta veementemente que a controvérsia ainda ronda categorias de doenças que prometem explicar o comportamento e a dor emocional. (Ibid.). No olhar de Rosenberg (2006), esses conflitos e disputas giram em torno do estatuto ontológico - e, portanto, da legitimidade social - de problemas comportamentais e emocionais há mais de um século. O autor relembra ainda que talvez o debate público mais embaraçoso sobre a legitimidade epistemológica de uma categoria de doença tenha ocorrido na ocasião da revisão do DSM- II na década de 70, no que se referia a categoria da homossexualidade¹⁴¹. As interrogações questionavam se seria uma doença, uma escolha ou um fenômeno biológico. Contudo o mais grave, na visão de Rosenberg, era o intento de decidir através de votos a legitimidade de uma categoria de doença.

Muitos autores marcam as décadas de 60 e 70 como o início do período de grande tensão para a psiquiatria, em que se viu instaurada uma crise de legitimidade em seu saber, a partir do questionamento sobre o conceito central de doença mental (HORWITZ & MAYES, 2005; ANDREASEN, 2007), em que, como já mencionamos, o psiquiatra Thomas Szasz foi uma figura central ao debate.

Um dos exemplos tomados como marco desse período de crescentes críticas foi o experimento conduzido por D.L. Rosenhan (1973) nos EUA (ANDREASEN, 2007), situado no contexto da Antipsiquiatria, acerca da validade do diagnóstico psiquiátrico e de como a doença mental era identificada em instituições psiquiátricas. No texto “Sobre ser são em

¹⁴⁰ No original: “Since the last third of that century, we have expanded would-be disease categories to include an ever-broader variety of emotional pain, idiosyncrasy, and culturally unsettling behaviors. Psychiatry has been the residuary legatee of these developments, developments that have always been contested at the ever-shifting boundary between disease and deviance, feeling and symptom, the random and the determined, the stigmatized and the value-free.”

¹⁴¹ Cf. ROSENBERG, 2006.

lugares insanos”¹⁴² que traz o relato do experimento, Rosenham (1973: p.1) indaga logo de início: *se a sanidade e a insanidade existem, como podemos reconhecê-las?*

Na pesquisa, oito pseudo-pacientes considerados normais e com determinado nível de instrução educacional se submeteram a internações psiquiátricas dizendo ouvir vozes, e mantendo, fora isso, toda informação correta acerca de seus históricos. Todos foram internados, diagnosticados com algum transtorno mental e submetidos a tratamento, inclusive medicamentoso, em 12 hospitais psiquiátricos de cinco diferentes Estados nos EUA. Com o experimento, Rosenham (1973) concluiu pela inadequação dos tratamentos psiquiátricos e pela inviabilidade de se distinguir a insanidade da sanidade em lugares como os hospitais psiquiátricos. Segundo ele, as distinções entre normalidade e anormalidade não são tão precisas e tampouco podem ser determinantes. Questionar essas distinções não exclui o fato de que a angústia pessoal, frequentemente nomeada como “doença mental” existe: *a ansiedade e a depressão existem. O sofrimento psicológico existe. Porém a normalidade e a anormalidade, a sanidade e a insanidade, e os diagnósticos que fluem entre estas podem ser menos substanciais do que muitos acreditam que sejam.* (ROSENHAM, 1973: p.1).

As críticas quanto à validade da psiquiatria foram expressas a partir de movimentos diversos com repercussões tanto acadêmicas quanto culturais. Horwitz & Mayes citam, por exemplo, outro marco importante deste período nos EUA sobre as companhias de seguros que criticavam a falta de demonstração de eficácia clínica da prática psiquiátrica. Indagava-se, por exemplo, a questão da eficácia a longo prazo e do custo-benefício do tratamento. Questionamentos sobre a tríade custo-efetividade-resultado levaram a um crescimento do ceticismo quanto à legitimidade da psiquiatria nos EUA, inicialmente. (HORWITZ & MAYES, 2005). Isso não foi qualquer coisa, considerando que a psiquiatria americana estava no centro de gravidade dos debates, servindo de referência para outros países do Ocidente.

Reconstruindo historicamente os caminhos da psiquiatria, vemos que durante as três décadas posteriores à II Guerra Mundial, a psicanálise e a psicoterapia ocupavam um lugar central na abordagem e tratamento dos transtornos mentais. Estas eram as teorias de domínio do campo, que tinham como base um modelo psicodinâmico de compreensão da doença. Sob esse viés teórico, foram criados os primeiros manuais diagnósticos, o DSM-I em 1952 e o DSM-II em 1968, sendo ambos pautados no modelo da psiquiatria dinâmica que traduzia os sintomas como expressões de condições também dinâmicas de dificuldades e problemas conjunturais da vida. (HORWITZ & MAYES, 2005; FRANCES, 2012).

¹⁴²

Texto original disponível em: <http://www.sciencemag.org/content/179/4070/250>

Horwitz & Mayes destacam que: *no começo do século XX a prática psiquiátrica não se dedicou muito a categorias diagnósticas particulares.*¹⁴³ (Ibid.: p.249). Desta forma, os sintomas eram significativos quando pensados frente a história pessoal de cada um, isto é, através de uma análise contextual. Com isso, os manuais conhecidos como: *o DSM – I e o DSM – II não se esforçaram em prover um esquema elaborado de classificação por considerarem que sintomas evidentes não revelavam entidades de doenças, mas conflitos subjacentes que não poderiam ser expressos diretamente.*¹⁴⁴ (Ibid.: p.250).

Em meio ao período de crises e contestações que vivia a psiquiatria, esta assumiu, em contrapartida, a tarefa de modificar suas definições acerca dos transtornos mentais, o que levou à publicação da terceira versão do Manual em 1980. Horwitz & Mayes (2005) resumem da seguinte forma as razões que justificaram tal redirecionamento:

O *status* marginal da psiquiatria comparado à profissão médica, a crescente relutância das companhias de seguros e do governo para reembolsar terapias de conversa a longo prazo, a necessidade de se tratar pacientes institucionalizados graves na comunidade, a crescente influência do tratamento medicamentoso, e da crescente ameaça de profissionais não- médicos como psicólogos, conselheiros e assistentes sociais.¹⁴⁵ (HORWITZ & MAYES 2005: p.257, tradução nossa).

Foram várias, portanto, os motivos que levaram a uma reorganização da disciplina, desde a crescente descrença na profissão até a necessidade de manter um lugar diferenciado diante da entrada de novos profissionais no campo. Horwitz & Mayes (2005: p.258), afirmam que: *o DSM-III contribuiu de maneira significativa para uma visão biológica a respeito da saúde mental – que enfatiza as neurociências, a química do cérebro e os medicamentos – substituindo a visão psicossocial que por décadas foi dominante.*¹⁴⁶

No século passado, é possível reconhecer a *hegemonia de pelo menos duas vertentes ‘morais’ - não fisicalistas - entre os psiquiatras* (RUSSO&VENÂNCIO, 2006: p.461), onde

¹⁴³ No original: “Psychiatric practice in the first part of the twentieth century did not place much stake in particular diagnostic categories.”

¹⁴⁴ No original: “The DSM-I and DSM-II made little effort to provide elaborate classification schemes, because overt symptoms did not reveal disease entities but disguised underlying conflicts that could not be expressed directly.”

¹⁴⁵ No original: “psychiatry’s marginal status within the medical profession, the increasing reluctance of insurance companies and the government to reimburse longterm talk therapy, the need to treat formerly institutionalized seriously mentally ill persons in the community, the growing influence of medication treatments, and the growing professional threat from nonphysicians such as clinical psychologists, counselors, and social workers.”

¹⁴⁶ No original: “the DSM-III contributed significantly to a biological vision of mental health — which stresses the neurosciences, brain chemistry, and medications — superceding the psychosocial vision that had dominated for decades.”

inexistia a consideração de uma causalidade estritamente biológica para as doenças mentais. Contudo, já na segunda versão do DSM a concepção *biopsicossocial* dos transtornos mentais foi abandonada e em seu lugar surgiu uma concepção pautada em “níveis de desorganização psicológica” do indivíduo. Foi no transcorrer da década de 70 que a visão “psicossocial” começou a ruir mais categoricamente quando ficou evidente que por trás do rompimento com a antiga terminologia: *encontrava-se a ruptura também radical com uma certa teoria sobre os transtornos mentais. O pressuposto empiricista implicado em uma posição ‘a-teórica’, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fiscalista da perturbação mental.* (RUSSO&VENÂNCIO, 2006: p.465).

A ascendência de uma compreensão biológica a respeito tanto das doenças mentais quanto das diversas apresentações do sofrimento psíquico, aponta para a primazia de uma visão fiscalista que, como vimos, nem sempre foi dominante no campo psiquiátrico. Sobre esse ponto, Bezerra (2002: p.239) avalia que o problema da psiquiatria biológica: *não está na recusa de um essencialismo psicológico, que supostamente a psicanálise acarretava nas classificações anteriores. Está no equívoco (epistêmico e ético) da adoção de outro, o essencialismo fiscalista, que reduz experiência subjetiva a mero comportamento.*

As transformações causadas pelas atualizações dos DSM's alcançaram discussões, práticas e realidades extensas. A dimensão das inovações trazidas pelo DSM-III, em 1980, tem consequências em diversos âmbitos, que Russo & Venâncio (2006) consideram como referidos a três níveis de rompimento:

No nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma única *lógica classificatória*; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários. (RUSSO&VENÂNCIO, 2006: p.464-465).

Nancy Andreasen¹⁴⁷ (2007) afirma que já nas décadas de 60 e 70, estudos demonstraram que a ênfase psicodinâmica da psiquiatria havia se excedido e levado a imprecisões diagnósticas, além de avaliações inadequadas de sinais e sintomas na arena da psicopatologia. O DSM-III foi elaborado neste contexto e levou a que o preenchimento de critérios para um diagnóstico passasse a dialogar mais estreitamente com uma lista de

¹⁴⁷ Andreasen participou da força tarefa dos DSM's II e III contribuindo para as discussões sobre fenomenologia e nosologia, tendo participado também como presidente do Grupo de Trabalho sobre Esquizofrenia no DSM-IV. Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Nancy_Coover_Andreasen

comportamentos observáveis sem dialogar com os contextos, situações desencadeadoras e, logo, a etiologia dos problemas¹⁴⁸.

Após a nova edição do manual nos anos 80, houve um declínio no modo de ensino que antes prezava pelas avaliações clínicas cuidadosas ligadas aos contextos sociais e problemas individuais, sendo estes substituídos por: *um bom conhecimento geral sobre psicopatologia. Estudantes aprendem a decorar o DSM em vez de aprender as complexidades dos grandes psicopatologistas do passado.*¹⁴⁹ (ANDREASEN, 2007: p.108). A autora aponta que o objetivo do manual era o de criar um sistema diagnóstico mais válido, confiável e alinhado com as abordagens e tendências internacionais. No entanto, segundo a mesma pode-se dizer que esse objetivo foi alcançado em alguns aspectos, porém acarretou também consequências não intencionais.

Diversos autores (RUSSO, 2001; HORWITZ & MAYES, 2005; ANDREASEN, 2007) nos levam a crer que o suposto “a-teoricismo” do Manual não foi nada menos que a clara adoção de uma teoria: a *biológica*, que pretendia afirmar uma psiquiatria comprovadamente científica. Relata-nos a Russo (2001):

O abandono de certas categorias *que implicavam uma determinada teoria etiológica*, em favor de outras *estritamente descritivas*, significava uma importante mudança no modo de conceber a doença mental (e, por extensão, o próprio ser humano portador dessa doença) [...] Abandona-se a ideia de que há uma especificidade própria da doença mental, e o tradicional dualismo corpo/mente ou somático/psíquico é substituído por um monismo fisicalista”. (RUSSO, 2001: p.119-120, grifos do autor).

Desta maneira, ainda que o DSM-III tenha se declarado enquanto a-teórico, isto é, não filiado a teoria alguma – numa tentativa de limpar as inclinações teóricas e subjetivas -, foi justamente o seu surgimento o marcador da “virada” para a globalização e hegemonia da psiquiatria biológica Americana. (HORWITZ & MAYES, 2005; RUSSO, 2001).

Houve um intenso movimento para que se desconstruísse o lugar da psiquiatria enquanto discurso de verdade hegemônico com relação à loucura, por exemplo, através dos movimentos contestatórios da antipsiquiatria e das críticas à noção de doença mental. Apesar

¹⁴⁸ HORWITZ & MAYES (2005) também apontam que: Pelo fato do manual ter definido doenças somente pelos sintomas sem referências às causas, este se constituiu como neutro em termos de teoria, podendo ser utilizados por clínicos de diferentes orientações teóricas. O manual baseado em sintomas também serviu às companhias farmacêuticas que precisavam de doenças específicas a serem tratadas com seus produtos. A padronização dos diagnósticos criada pelo DSM-III não apenas resolveu a crise enfrentada pela psiquiatria na década de 70, como também estabeleceu um novo e poderoso modelo sobre as doenças mentais que tem vigorado até os dias atuais praticamente sem contestações. (p.252).

¹⁴⁹ No original: “ [...] a good general knowledge of psychopathology. Students are taught to memorize DSM rather than to learn complexities from the great psychopathologists of the past.”

disso, vemos a manutenção de um lugar de verdade – e até mesmo político - a respeito do adoecimento psíquico e do que se compreendia por *normalidade*. (FRANCES, 2010; 2012). Através deste discurso vemos crescer consideravelmente o número de pessoas que, frente a uma sociedade mais perfeccionista em suas expectativas e menos tolerante para com as angústias, vêem suas dificuldades e dores da vida cotidiana caracterizadas como transtornos passíveis de tratamento, em geral, farmacológico, como aponta Allen Frances (2010).

Frances refere-se ao crescimento exponencial do número de diagnósticos como um “modismo”, que afirma ser a melhor forma de definir o cenário atual e aquilo que também contribui para a produção de “falsas epidemias”. (FRANCES, 2009; 2010). O autor afirma que tais epidemias têm englobado uma parcela cada vez maior da população. Afirma: *estamos em meio a pelo menos três destas epidemias – de autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar na infância.*¹⁵⁰ (FRANCES, 2010: p.1). Esse crescimento generalizado de diagnósticos expressa um vasto processo medicalizador de mínimos detalhes do comportamento. Essa percepção nos conduz a uma segunda, igualmente importante, que é o fato de serem problemas que ao serem criados já surgem acoplados a uma determinada terapêutica¹⁵¹.

Nos escritos de Frances (2010: p.1), frequentemente insiste em uma questão: *porque existe atualmente a possibilidade de todo mundo, em algum momento da vida, atender a algum critério de determinado transtorno psiquiátrico?* Partindo desta, poderamos em que extensão a possibilidade dos critérios diagnósticos alcançarem inúmeras particularidades do comportamento humano e do remédio ascender ao lugar de principal via de tratamento, está atrelada ao predomínio de uma compreensão biológica a respeito dos mal-estares contemporâneos, sendo esse um elemento importante do panorama cultural em que esses fenômenos tomam corpo.

A abordagem por um viés mais biologista introduz um reducionismo quando leva a crer que é possível que toda queixa corresponda a um item somático capaz de compor um diagnóstico – haja vista a ambição e expectativa em cima do mapeamento do genoma humano, conforme citou Nikolas Rose. Por esta via, a escuta deixa de orientar-se pela narrativa existencial e subjetiva, pelo encontro entre o médico e o paciente, pela interioridade de cada um, para ater-se a traços e sinais que reunidos possam chegar a uma mesma

¹⁵⁰ No original: “We are now in the midst of at least 3 such epidemics — of autism, attention deficit, and childhood bipolar disorder.”

¹⁵¹ Cf, CONRAD, 1975.

conclusão - uma razão biológica para as dificuldades e queixas - sobre qualquer pessoa em uma população diversa. Isso remete ao que Andreasen (2007) aponta como a morte da *fenomenologia*, no sentido da relevância dada às experiências subjetivas internas e particulares. Ainda que por um outro estilo de pensamento, Illich (1999) já havia mencionado sua preocupação quanto a mudança na natureza do encontro terapêutico entre médico e paciente aludindo a uma passagem da “escuta para a ausculta” ao comentar que:

Do ponto de vista histórico, o diagnóstico teve, durante séculos, uma função eminentemente terapêutica. O fundamental do encontro entre o médico e o paciente era verbal. Até o início do século XVIII, a consulta era basicamente uma conversa. O paciente falava, contando com uma escuta privilegiada da parte do médico. Ele ainda sabia falar do que sentia — um desequilíbrio em seus humores, uma alteração no fluxo sanguíneo, uma desorientação nos sentidos ou o surgimento de perigosos coágulos. (ILLICH, 1999).

De acordo com Nancy Andreasen, atualmente a psiquiatria contemporânea mudou, utilizando, por exemplo, o termo fenomenologia para se referir aos estudos de psicopatologia incluindo os sinais e sintomas, com as emoções e pensamentos subjacentes. Tal definição aproxima-se da origem Grega do termo, que indicava *aparências exteriores*. Assim: *quando utilizado desta maneira, fenomenologia fornece as bases para nosologia ou para o desenvolvimento de definições sobre patologias, categorias diagnósticas ou classificações dimensionais*.¹⁵² (ANDREASEN, 2007: p.108).

A autora demarca a existência de outro modo de compreensão e tratamento, muito influenciados pelo Humanismo¹⁵³, que presidiu um momento em que as terapias medicamentosas não eram predominantes. O tratamento incluía variadas técnicas psicoterápicas e a possibilidade de adequação deste às necessidades individuais. De acordo com a autora: *porque a filosofia do Iluminismo incentivou a conceituação dos seres humanos - incluindo aqueles que sofrem de doença mental - como dotados de razão e dignidade individual, os escritos psiquiátricos dessa era não dissociavam a psique ou a mente do cérebro*.¹⁵⁴ (ANDREASEN, 2007: p.109).

A filosofia do Iluminismo, aliada à ciência moderna na construção da psiquiatria enquanto uma especialidade, salientava a importância da observação cuidadosa necessária à

¹⁵² No original: “When used in this way, phenomenology provides the basis for nosology, or the development of disease definitions, diagnostic categories, or dimensional classifications.”

¹⁵³ Cf. ANDREASEN, 2007.

¹⁵⁴ No original: “Because the philosophy of the Enlightenment encouraged the conceptualization of human beings — including those suffering from mental illness — as endowed with reason and individual dignity, the psychiatric writings of this era did not tend to dissociate the psyche or mind from the brain.”

compreensão dos mecanismos e evolução das doenças. Existia uma integração entre “mente”, “cérebro” e “espírito” em vez de uma compreensão dualística, o que conferiu à psiquiatria uma sólida base conceitual e moral. (ANDREASEN, 2007). Posteriormente, o DSM-III ascendeu ao lugar de autoridade e referência em psicopatologia e diagnósticos, deixando para trás os textos clássicos e: *tendo impacto na desumanização da prática psiquiátrica. A anamnese – ferramenta central da avaliação em psiquiatria – tem se reduzido ao uso de checklist do DSM.*¹⁵⁵ (Idem, Ibidem: p.111). Frances (2012) comenta as consequências destas mudanças tanto em termos subjetivos quanto para a própria saúde pública ao lembrar que pessoas que antes conversavam sobre o significado de seus sonhos, passaram a refletir sobre onde melhor se encaixam entre as categorias do DSM.

Marcia Angell (2011) compartilha de preocupações similares a respeito das consequências do DSM. A autora assegura que:

A substituição da “terapia de conversa” pela das drogas como tratamento majoritário coincide com o surgimento, nas últimas quatro décadas, da teoria de que as doenças mentais são causadas por desequilíbrios químicos no cérebro, que podem ser corrigidos pelo uso de medicamentos. Essa teoria passou a ser amplamente aceita pela mídia e pelo público, bem como pelos médicos, depois que o Prozac chegou ao mercado, em 1987, e foi intensamente divulgado como um corretivo para a deficiência de serotonina no cérebro. (ANGELL, 2011).

Angell (2010; 2011) questiona a centralidade do medicamento como tratamento de base, problematizando que se os transtornos mentais têm o medicamento como solução e se estes realmente funcionam, porque estariam esses, o número de transtornos, em crescimento e não em declínio. Deste modo, em nossa opinião, a autora nos convida a pensar sobre quê crescimento estamos falando e o quê/ como se tem delimitado os transtornos mentais atualmente.

Esse processo de mudança fundamental na medicina psiquiátrica tem como uma de suas razões a ênfase sobre a identificação de marcadores biológicos como determinantes para doenças serem bem diagnosticadas. Tal anseio atravessa a história da psiquiatria ao longo de sua existência, mas, como aponta Rose (2001: p.28): *apesar de sua convicção de que se tratava de uma doença do cérebro, a psiquiatria não conseguiu fazer a loucura visível no interior profundo do corpo.*

Mais recentemente vemos a reedição dos mesmos dilemas quando Frances (2009) afirma que: *o processo de desenvolvimento do DSM-V começou com uma grande ambição de*

¹⁵⁵ No original: “[...] DSM has had a dehumanizing impact on the practice of psychiatry. History taking — the central evaluation tool in psychiatry — has frequently been reduced to the use of DSM checklists.”

fornecer uma “mudança de paradigma” no diagnóstico em psiquiatria, baseada inicialmente na identificação de marcadores biológicos. O que é claramente inatingível [...]”¹⁵⁶ (Ibid.: p.391). Embora essa objetividade não seja possível no campo da psiquiatria, visto existir até hoje um substrato específico na causalidade precisa dos transtornos mentais, esse anseio é recorrentemente atualizado¹⁵⁷. (FRANCES, 2009). Ainda que a partir do DSM-III tenha ganhado força o empenho na busca por tal objetividade e padronização, a construção de um diagnóstico ainda hoje exige a avaliação subjetiva do médico sobre o indivíduo por não ter se chegado a achados sólidos como os existentes na medicina geral. No entanto, é pela roupagem biológica que a psiquiatria acredita ter se aproximado do íngreme caminho em direção à “verdade”. A ênfase hoje recai sobre artefatos objetivos como as tecnologias de imagem do cérebro, a neurociência molecular e a engenharia genética, especialmente. (ROSE, 2001).

Allen Frances comenta também que a introdução de noções como a de doenças pré-mórbidas e subliminares no DSM-V apontam certamente para esse antigo e atual objetivo de promover a “revolução paradigmática” nas classificações diagnósticas. Durante o período de elaboração do manual que podia ser acompanhado pela internet¹⁵⁸, surgiram sugestões sobre a delimitação de transtornos como: a depressão menor, síndrome pré-psicótica, comprometimento cognitivo leve. (FRANCES, 2009). O autor ressalta que se por um lado o intuito destes é oferecer tratamento precoce para pessoas em risco de desenvolver um transtorno severo, por outro não se atenta para uma questão insolúvel, segundo ele, e intrínseca a toda tentativa de identificar pessoas em risco de desenvolver patologias: *é simplesmente impossível, dado o conhecimento disponível, criar conjuntos de critérios que sejam específicos o suficiente para evitar também a identificação de um grande grupo de falsos positivos.*¹⁵⁹ (Idem, Ibidem, p.391). Tal pontuação reencontra a ideia de falsas

¹⁵⁶ No original: “The DSM–V development process started with a grand ambition to provide a ‘paradigm shift’ in psychiatric diagnosis, based initially on the identification of biological markers. This is clearly unattainable [...]”

¹⁵⁷ Frances (2009) relata que antes do início do trabalho para construção do DSM-V ainda em 2007, a Associação de Psiquiatria Americana (APA), com suporte do Instituto Nacional de Saúde Mental, tentaram criar uma agenda de pesquisas que apoiassem o desenvolvimento de um sistema de classificação diagnóstica ancorado em marcadores biológicos. Foram realizadas doze conferências para o planejamento das pesquisas, e todo intuito que o autor chama de *ousado*, era o de conduzir uma investigação que pudesse substituir o método que chamaram de superficial baseado em um entendimento etiológico. Frances afirma: *Não foi uma surpresa que a conclusão decepcionante de todo esse esforço foi a de que não existem marcadores biológicos, mesmo remotamente, prontos para inclusão no DSM-V.* (Idem: p. 391).

¹⁵⁸ <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

¹⁵⁹ No original: "It is simply impossible, given available knowledge, to create criteria sets that will be specific enough to avoid also identifying a large pool of false positives."

epidemias, mencionadas acima. Isto é, cresce o número de candidatos à patologias, sendo esse aumento também impulsionado pelos esforços de marketing de indústrias farmacêuticas. (FRANCES, 2009; 2012).

A nosso ver, essa colocação aponta para um eixo de discussão em que o tema da medicalização se torna indispensável, considerando os impactos de embates desta magnitude na sociedade atual. A multiplicação do número de transtornos mentais pulverizados num raio que abarca ínfimos aspectos da existência, num movimento de equivalência generalizada entre traços da condição humana e um vocabulário médico, não pode deixar de ser analisado sobre o prisma da medicalização da vida; como um dos eixos de análise e não o único.

É imprescindível, portanto, ponderar que a inclusão das categorias de transtornos pré-mórbidos e subliminares como oficiais nas classificações diagnósticas, por exemplo, pode levar ao aumento do número de pessoas consideradas ‘pacientes’, sujeitas a tratamentos, rotulações, medicamentos, e demais manejos técnicos da vida. Como apropriadamente afirmou Frances, isso contribui para que: *problemas da vida cotidiana sejam imperialmente medicalizados e o diagnóstico psiquiátrico igualmente banalizado.*¹⁶⁰ (Idem, 2009: p.392).

Por fim, em recente reportagem no jornal *The New York Times*¹⁶¹, Frances (2012) comenta que a APA (Associação Americana de Psiquiatria) tem trabalhado com sugestões para o DSM-V¹⁶² que podem: *expandir as fronteiras da psiquiatria para definir como mentalmente doentes dezenas de milhões de pessoas atualmente consideradas normais.*

É nesse sentido que podemos compreender como o terreno da psiquiatria aparece como um solo fértil e um mercado sempre passível de expansão, colaborando para o incremento da medicalização da vida comum. Diante do que pudemos expor, vimos que o exemplo da psiquiatria é um grande analisador nessa discussão sobre a medicalização, considerando o papel social historicamente desempenhado por esta disciplina na delimitação de fronteiras que, no fundo, ainda versam sobre antigos dilemas sobre normalidade e anormalidade.

¹⁶⁰ No original: “Problems of everyday life would be imperially medicalised and psychiatric diagnosis equivalently trivialised.”

¹⁶¹ Disponível em: http://www.nytimes.com/2012/05/12/opinion/break-up-the-psychiatric-monopoly.html?_r=2

¹⁶² O DSM-V tem sua publicação prevista para o ano de 2013.

Tendo em vista a revisão literária realizada, fica mais fácil pensarmos no modo como a noção do risco ganhou relevância e acarreta consequências diretas nas delimitações entre normalidade e patologia na sociedade, especialmente por trazer à cena a doença enquanto uma virtualidade. Deborah Lupton, comentando a medicalização em cima de uma análise do pensamento foucaultiano, afirma que: *a medicalização é evidente na forma pelas quais as advertências sobre riscos à saúde se tornaram eventos comuns. Pessoas são constantemente solicitadas a conduzirem suas vidas de modo que evitem doenças potenciais e a morte precoce.*¹⁶³ (LUPTON, 1997: p.101).

A ideia do risco arremata o presente e aponta para o futuro quando sai de um dilema sobre a existência concreta de um problema instaurado para se deter na possibilidade e probabilidade de uma enfermidade numa extensão que pode compreender a vida como um todo. O desenvolvimento do poder preditivo da medicina se constitui não só como uma forma de aprofundar, mas de expandir a medicalização se pensarmos nos efeitos em termos de ampliação das oportunidades de intervenção.

Esse contexto que pudemos compreender a partir da hegemonia do paradigma científico servindo como bússola orientadora dos indivíduos e da sociedade, têm consequências diretas na constituição subjetiva e identitária. O fato da ciência ocupar o lugar de “discurso competente” regulador da sociedade parece responder ao antigo desejo de dissolução das incertezas quanto à normalidade e à patologia. As categorias diagnósticas mais inclusivas na psiquiatria, a biopsiquiatria, os avanços da biomedicina, da psicofarmacologia e da genética, caminham em compasso com tal anseio que se dirige a uma visão precisa do que seja o indivíduo, ou como postulou Rose (2001), do que seja uma visão molecular da individualidade.

A ambição que surge a reboque dessa visão sobre o indivíduo é a de poder revelar uma espécie de personalidade biogenética de cada um, alicerçada na customização entre os indivíduos e suas suscetibilidades. Esse ponto dá o gancho para as intervenções em nome de uma farmacologia igualmente personalizada. O predicado “personalizado” passa a ser uma constante nesse cenário, abrindo uma janela de possibilidades ao mesmo tempo em que coloca em dúvida o quê de fato se faz a favor da singularidade de um indivíduo ou de avanços científicos.

¹⁶³ No original: “Medicalisation is evidente in the ways in which warnings about health have become common events. People are constantly urged to conduct their everyday lives in order do avoid potential diseases or early death.”

A concepção de indivíduo ancorada nesta visão biológica parece contradizer em certa medida o acento “personalizado” visto acima, considerando que dentro deste quadro o indivíduo encontra um leque de categorias diagnósticas diversas, mas sobretudo já previstas, para se encaixar. Essa variedade espera que todos correspondam às características enquadradas em categorias existentes. Tais categorias figuram o chamado “mercado de identidades” disponível hoje para o indivíduo, a serviço de um processo de equacionamento generalizado entre a experiência e um dado vocabulário médico. De certa forma, nos indagamos sobre a extensão da suposta liberdade individual em jogo no predicado *personalizado*.

Visto isso, concluímos que embora a doença seja individualizada no corpo, e mais precisamente no cérebro, ela não é singularizada pelo fato de ser categorizada como uma entidade externa às manifestações particulares, considerando que o repertório de manifestações que compõem uma dada categoria diagnóstica é o mesmo em qualquer lugar. Um mesmo *check-list*, como o DSM em psiquiatria, reúne indivíduos de diversos lugares sob um signo comum e impessoal, como um diagnóstico.

Esse quadro faz parte de um repertório de classificação da existência humana que se revela cada dia mais alinhado com uma determinada conjuntura social que serve de ponto de apoio para uma definição sempre mais apurada do indivíduo. O “sonho de customização” pode ser pensado como signo do raciocínio da psiquiatria biológica, empenhada em decodificar o indivíduo a partir de intervenções que alcancem um nível molecular da existência. Isso se deve a uma mudança no perfil eleito pela psiquiatria na atualidade, que estendeu seu guarda-chuva a uma parcela da população até pouco tempo reconhecida como normal.

A ampliação do raio de alcance das intervenções sobre a existência se faz possível, principalmente, pelo fato de não ser mais necessário estar doente para necessitar de um tratamento. Tal quadro mudou tanto pela ideia do risco que pode antecipar intervenções, quanto pelo aprimoramento que não se dirige a um problema, mas sim à otimização da vida. Essa configuração impulsionou a negociação de uma gama de tratamentos, visto que o uso de medicação atualmente extrapola, assim, a existência de patologias, sendo utilizada para melhorar a capacidade cognitiva e a performance humana como um todo.

Deste modo, a título de conclusão, chegamos ao final deste percurso a um panorama em que tanto a psiquiatria quanto as neurociências adquiriram um papel-chave na trajetória que transforma o indivíduo em um “cidadão biológico” conforme apontou Rose & Novas

(2005), e que um olhar crítico para os principais debates à luz do conceito de medicalização pode ser uma ferramenta útil na compreensão e análise deste cenário contemporâneo.

Como havíamos citado no início do capítulo sobre tratar-se de um tema intrincado com diversas possibilidades de análise, sendo a medicalização considerada como complexa e multifacetada, buscamos conduzir a exposição pelos meandros dessas adjetivações de modo que pudéssemos alinhar o debate contemporâneo elucidando o caráter não linear do processo de medicalização e as mudanças no modo de se avaliar esse fenômeno nos dias de hoje.

Clarke e os autores com quem trabalha preferiram nomear as mudanças neste processo como biomedicalização a partir de argumentos fundados nos avanços da biomedicina em termos de tecnociência. Peter Conrad alude ao pensamento de Clarke, e concorda com as análises que propõe valorizando o alerta quanto às inovações da biomedicina, de que tanto falamos também, mas sua aposta é que as transformações ainda são melhor compreendidas pelo reconhecimento das mudanças nas engrenagens da própria medicalização e através da questão de mercado cada vez mais em voga nesse processo. Conforme comenta: *biomedicalização é um conceito muito mais amplo do que o de medicalização e enfatiza um conjunto maior de mudanças do que é geralmente traduzido pela medicalização, contudo na minha opinião, compromete o foco na medicalização si.*¹⁶⁴ (CONRAD, 2007: p.14).

Perceber a complexidade do processo pela inclusão de novos promotores e agentes nas engrenagens que movem a medicalização significa perceber que esse fenômeno hoje é passível de disputas em função dos diferentes interesses em jogo neste campo. Existem indústrias farmacêuticas emprenhadas na promoção de doenças que têm no tratamento farmacológico a promessa de salvação, grupos de pacientes lutando para terem suas condições reconhecidas como doenças e outros lutando para terem uma diferença e não uma patologia. Além disso, a sociedade hoje se depara com um avanço tecnológico impensável há décadas atrás, como o progresso das neurociências, das tecnologias da imagem, da farmacoterapia, da genética e por aí em diante. Avanços que adicionam lenha ao debate diminuindo a possibilidade de uma crítica valorativa rápida sobre a medicalização, que, ao que vimos, não é mais tão facilmente analisável.

Nesse ponto, Deborah Lupton (1997) prefere falar na existência de uma cumplicidade entre os atores desse processo, o que escapou aos críticos mais ortodoxos por terem se

¹⁶⁴ No original: “Biomedicalization is a much broader concept than medicalization and emphasizes a more extensive set of changes than is usually meant by medicalization, thus in my view compromising the focus on medicalization itself. “

dedicado mais especificamente aos malefícios da medicina apenas. É importante notar que Conrad (2007) não se posiciona como um comentarista que defende a medicalização como algo eminentemente bom ou ruim, ele se propõe a apresentar as diversas facetas desse processo. Quando cita, por exemplo, as disputas nessa arena, o autor acrescenta novos elementos para sofisticar ainda mais o debate. Sobre tais disputas, vimos que Conrad menciona, por exemplo, a diminuição do estigma social historicamente associado a algumas condições, assim como ao aumento da auto-estima para outras. Isso o leva a crer que sendo uma “ação coletiva” indivíduos passaram a reivindicar e usufruir socialmente de certo benefício através da medicalização, como é o caso da anorexia, da obesidade e do alcoolismo, que perderam o acento de problemas do âmbito da volição e da moral para tornarem-se doenças que necessitam de tratamento, tendo portanto legitimidade social.

Essa abordagem pela via da complexidade é a que, a nosso ver, mais se aproxima da dimensão do processo na atualidade e que melhor elucida o fato de não tratar-se mais de uma ação médica somente, resultante de uma forma de imperialismo sobre os indivíduos. Especialmente no terreno da psiquiatria e do panorama recente de estreitamento da normalidade ao qual nos dedicamos acima, a tarefa de se esmiuçar o tema da medicalização se torna ainda mais pertinente.

Visamos apresentar o debate nesta segunda parte situando as transformações do panorama social de modo que toda costura deste capítulo se fez pela ótica da complexidade em jogo no atual contexto de análise da medicalização. Desenhamos como esse processo sofreu modificações ao longo do tempo e conseqüentemente trouxe desafios não previstos, o que nos leva a concluir que no presente quadro é pouco provável que se possa resolver facilmente os embates deste campo simplesmente através de uma crítica “contra” ou “a favor” da medicalização.

4 DESDOBRAMENTOS DO DEBATE NA ATUALIDADE

Após o percurso da dissertação, é importante sinalizar que ficam abertas diferentes possibilidades de encaminhamento da discussão, e não de conclusão. A nosso ver, um dos desdobramentos centrais, fruto das reflexões alcançadas, é a pertinência de uma revisão mais apurada sobre o tema da medicalização no que toca ao estreitamento da normalidade na sociedade atual. O que isso significa? No presente arranjo cultural, reduziu-se significativamente a diferenciação entre as variações comuns da condição humana e as expressões de adoecimento, o que favorece tanto o estreitamento do que se concebia por normalidade quanto uma expansão das oportunidades de intervenção e manejo técnico da vida.

Em decorrência do que foi apresentado no último capítulo, sobre o modo como a medicalização se desenrola no terreno da psiquiatria principalmente, consideramos que revisitar a literatura sobre o conceito possibilitou uma análise macro a respeito das consequências sociais desse processo, tendo como pano de fundo atual o que se designou por sociedade do risco, símbolo de uma “era biológica”, como descreveu Nikolas Rose. Assim, para além de uma apresentação do panorama de críticas das últimas cinco décadas, encerramos a dissertação contribuindo com o desenvolvimento breve de uma das possibilidades de inserção da presente pesquisa na cena contemporânea.

Acreditamos que a revisão esboçada é capaz de contribuir para um olhar menos engessado sobre a medicalização, podendo tal noção servir como uma ferramenta conceitual útil ao debate que gravita, novamente, entorno de noções como as de normalidade, patologia e diferença. Estas noções se apresentam na cultura contemporânea através dos avanços da ciência, das práticas de saúde, discursos pessoais, movimentos de militância, da mídia e outros, sendo a recorrência das imprecisões e constantes atualizações nesse debate um elemento disparador desta pesquisa.

Como Rosenberg (2006) pontuou de forma esclarecedora no último capítulo, o que se compreende por medicalização tem a ver com o uso de um vocabulário na qualificação de entidades de doença como uma ferramenta específica para conceituar e manusear de uma só vez comportamentos e sentimentos em um determinado tempo e lugar.

Isso reitera o fato de que a conceituação do termo é sempre datada e, portanto, umas das conclusões essenciais que extraímos desta revisão é a percepção de que o fenômeno da medicalização não se dá de modo desatrelado das engrenagens sociais que abrange, e pelas

quais é simultaneamente constituído. Tanto na primeira quanto na segunda parte desta dissertação, vimos a estreita conexão das formulações a respeito da medicalização com a paisagem cultural de cada momento examinado.

Notamos que os diferentes sentidos atribuídos à medicalização estão em conformidade com os respectivos processos sociais em voga, de maneira que dentro dos moldes contemporâneos a lente pela qual a saúde e a doença vêm sendo vistas passa por alguns filtros culturalmente difundidos. Dentre estes, destacamos, particularmente, o fator somático servindo como condição de legitimidade para as formas de sofrimento e adoecimento atuais e para a composição do que se entende por doença.

Como afirma Rosenberg (2006) a respeito dos contornos atribuídos à ideia de doença, diz ele: *em última análise, esses modelos de doenças precisam ser específicos e somáticos se quiserem encontrar ampla aceitação.*¹⁶⁵ (Ibid., p.411). Esta percepção que alude à inserção cultural de determinadas práticas parece compactuar com o que aponta também Zorzaneli (2011) em uma análise sobre a história dos diagnósticos de doenças sem lesões, quando diz que: *os indivíduos tendem a produzir sintomas adaptados aos quadros nosológicos vigentes e dissipados na cultura, assim como os médicos tendem a encaixar os sintomas relatados por seus pacientes nas entidades clínicas disponíveis.* (ZORZANELLI, 2011: p.27).

Conforme tem se apresentado, a sociedade atual parece favorecer o encontro de anseios individuais por legitimidade, construção de sentido para o adoecimento e o sofrimento, por vezes manifestado de forma difusa, com as respectivas pretensões em direção à objetividade, ao somático e às explicações de caráter biológico sobre a vida. Este retrato reencontra uma antiga tendência social em direção à busca de uma razão objetiva para justificar comportamentos lidos como inadequados e indesejados socialmente. Nesse ponto, não podemos esquecer a história da loucura como a figura que melhor dimensiona essa imagem. A busca por um determinismo biológico sempre rondou comportamentos que não cabiam no social, o que parece ser ainda o cerne da questão tendo em vista as discussões trazidas no último capítulo.

O surgimento de uma psiquiatria marcadamente biológica, disseminadora de diagnósticos e tratamentos de base também biológicas, aliado a uma sociedade ansiosa por respostas objetivas, rápidas e práticas a respeito dos mal-estares da vida, parecem ilustrar de modo bastante razoável a proeminência do fator somático na atualidade. Ao mesmo tempo em

¹⁶⁵ No original: “And these disease models have ultimately to be specific and somatic if they are to find wide acceptance.”

que aplaca os anseios da psiquiatria diante de seu lugar “especial” no campo da medicina, a causa somática revela ainda um segundo “conforto” que é o de uma certa isenção do indivíduo sobre a interrogação particular quanto ao sofrimento que o acomete, sendo este deslocado para algo de origem genérica e de ordem física.

Para Rosenberg (2006), vem crescendo a busca por substratos físicos que expliquem objetivamente os sentimentos e comportamentos, o que caminha na direção do reducionismo e da ênfase no próprio fator somático. No último capítulo, ficou mais claro o fato de que, frequentemente, o debate sobre a medicalização dialoga tanto com os excessos de enquadres médicos para situações da vida comum, quanto com a busca pela saúde perfeita, livre de sofrimentos, doenças e enfermidades. Tais elementos discursivos encontram seu lugar numa sociedade marcada pela oferta de inúmeras descrições patológicas destinadas a identificar e diagnosticar o comportamento e as emoções. Essa identificação tem como base de valor os aspectos bioquímicos que regem tais questões, e orientam-se, sobretudo, pelo uso da ciência e da tecnologia, como as técnicas de imagem e genética, por exemplo, como vimos com Clarke *et al*, 2010.

De modo mais amplo, no que concerne ao homem e seus mal-estares da subjetividade, foi possível compreender que a sociedade moderna dirige seu investimento para uma parte bastante específica do corpo, que é o cérebro. Apresenta-se hoje um movimento na direção de reduzir os transtornos mentais a fenômenos de natureza cerebral, redefinindo, com isso, tanto a natureza quanto o tratamento dos transtornos mentais, com efeitos diversos sobre a constituição do indivíduo contemporâneo. Conforme apontou Bezerra (2007b), o cérebro passou a ser pensado e vivido como a sede da própria identidade, em que o indivíduo deixa de *ter* para *ser* o seu cérebro, favorecendo uma cultura reconhecida como a do “sujeito cerebral”¹⁶⁶, que pode ser compreendida como: *a figura antropológica que incorpora a crença de que o ser humano é essencialmente reduzível a seu cérebro*. (ORTEGA&VIDAL, 2007: p.257).

Podemos resumir que no campo da medicina mental, diante desta primazia do somático, o “desconhecido” das questões emocionais e sentimentais passou a ter sua localização em um órgão físico. Pelo movimento de localizar no cérebro o denominador comum dos transtornos mentais, parece ter ganhado força um determinado tipo de terapêutica e conhecimento, pela via da farmacologia e das indústrias farmacêuticas respectivamente, que

¹⁶⁶ Cf. ORTEGA, F. VIDAL, F. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. RECIIS, 2007.

demonstram como os processos humanos são emoldurados dentro da chamada “Era Biológica”, segundo nomeia Rose (2001). O cérebro passou a ser o lugar passível de adoecer através das enfermidades mentais e necessitar de tratamento como quaisquer outros órgãos. O coração, antes sede de sentimentos e emoções, passou a ser secundário em virtude do prestígio do fator cerebral na sociedade contemporânea: *não é por acaso que defensores hoje do transtorno mental afirmam reiteradamente que "isso" é uma doença física que em nada difere do diabetes ou do câncer [...].*¹⁶⁷ (ROSENBERG, 2006: p.412).¹⁶⁸

Em nosso ponto de vista, a esperança que ronda a ideia de um substrato somático para tudo não só alimenta como contribui diretamente para que cada vez mais se criem novos “issos” para designar novas patologias da existência humana. A diferença é que, após o percurso feito, podemos recorrer à noção de medicalização com um rigor maior e como uma ferramenta conceitual para a análise deste fenômeno, e não como uma explicação do mesmo. Avisados disso, é possível adentrar à discussão acima pela via da medicalização, porém considerando de antemão os elementos e interesses em jogo neste campo heterogêneo de disputas.

O fato de os indivíduos, num apanhado mais contemporâneo, entrarem em cena enquanto consumidores não denota ingenuidade ou um acento negativo sobre estes, mas remete, ao contrário, ao protagonismo dos mesmos em um processo que é cada dia mais multifacetado e condizente com determinadas aspirações sociais. Asseguramos, após esta revisão, que uma importante retificação a ser feita quanto a uma compreensão mais rasteira sobre a questão é a reavaliação da imagem de sujeitos vítimas do poder e controle médico. O quadro hoje é mais complexo que isso se pudermos localizar, e incluir em nossa crítica, o fato de que o processo de medicalização tem na demanda dos próprios indivíduos um de seus motores mais potentes, pela reivindicação de diagnósticos, tratamentos, benefícios, formas de aprimoramentos e por aí em diante.

¹⁶⁷ No original: “It is no accident that today’s advocates for the mentally ill state again and again that “it” is a physical ailment no different from diabetes or cancer [...].”

¹⁶⁸ Rosenberg faz um importante comentário lembrando que antes do século XIX inexistia a noção de doença enquanto uma entidade específica em si mesma. É após esse período que surge culturalmente uma variedade de entidades de doenças hipotéticas para explicar comportamentos estigmatizados e auto-destrutivos. A ideia era a de que as doenças deviam ser consideradas como entidades existentes fora de suas manifestações particulares individuais. Segundo o autor: *o século XIX foi uma era de expansão das fronteiras clínicas – um período em que certas formas de padecimento foram delineados com entidades de doenças, tais como a homossexualidade, a cleptomania, a neurasthenia, a espinha ferroviária e a anorexia – e entrada em jogo na cultura.* (ROSENBERG, 2006: p.413).

Esta é uma passagem crucial para compreensão desta discussão, que se refere ao fato das pessoas deixarem de ser alvo do conhecimento biomédico para se tornarem também consumidoras da medicalização. Posto isso, indagamos em que medida as escolhas dos próprios indivíduos se combinam à oferta medicalizante disponível nos dias atuais. Essa, em nossa análise, talvez seja uma ponderação esclarecedora a respeito das nuances deste processo. Tal aspecto demonstra a possibilidade de negociação pública de certas classificações, visto que é preciso considerar que algumas pessoas reivindicam para si a categoria de normais, mas também de doentes, principalmente no que se refere às chamadas doenças controversas que, com frequência, disputam o limite com a questão da vontade e, logo, com a ilegitimidade da categoria nosológica e da experiência vivida.

No campo da saúde, em que por vezes as demarcações entre o que constitui uma doença, uma enfermidade ou uma diferença são nebulosas, é onde aparece com mais força os embates contemporâneos atravessados pelo conceito de medicalização. Certas condições trazem um impasse quanto a serem reconhecidas como categorias de doenças, principalmente na ausência de um fator causal objetivo. Sobretudo quando existe algo que sugira uma questão de volição, a legitimidade é posta em questão podendo entrar em cena um dilema moral, o que revela mais ainda a capacidade de disseminação e relevância contemporânea do fator somático. Como aponta Zorzaneli, a questão aí implícita é a de que: *as doenças sem lesão ou as com lesão e com fatores psicossociais contribuindo para sua gênese, formam um todo não homogêneo que coloca em xeque algumas das bases sobre as quais se assenta o funcionamento da medicina moderna, como a busca da objetividade das doenças.* (ZORZANELLI, 2011: p.26).

No quadro das doenças controversas entram as chamadas psicossomáticas e nervosas, que estão sempre nos limites entre o somático e o psíquico, que apresentam essencialmente uma desarmonia entre a existência do sintoma e da lesão física visível. Tais condições ilustram de modo mais palpável a participação ativa de pacientes na reivindicação pela categoria de doenças como a fibromialgia ou a síndrome da fadiga crônica, que podem servir ao indivíduo tanto para a validação do pagamento por tratamentos através do governo, até o alcance da legitimidade social pelo sofrimento em questão. Sendo uma doença publicamente reconhecida, a condição em questão se torna concreta e, logo, autêntica.

Segundo a autora acima:

O engajamento dos próprios doentes na luta pela aceitação de seu quadro clínico ilustra um dilema que sempre circundou patologias cuja etiologia não se decifre e/ou doenças cujo fator etiológico envolva a pressuposição de elementos psicossociais: a (i)legitimidade. É importante notar que essa ilegitimidade só pode ser assim

considerada em relação ao parâmetro do que é supostamente legítimo (ou real), que na atualidade, é um sinônimo de somático e/ou atestável por exames. (ZORZANELLI, 2011: p.30).

A negociação de categorias incertas e controversas é recorrente, sendo alguns exemplos conhecidos como o TDAH, a fibromialgia e a síndrome da fadiga crônica, como citamos acima. Tais doenças reiteram um verdadeiro ponto-cego da medicina, alimentando os esforços na busca por limites ou estratégias lógicas de explicação para estas questões que se encaixam em um quadro cinzento, no que diz respeito a existência de um mecanismo claro e objetivo atrelado à condição apresentada. Esse ponto, mais uma vez, remete à antigos dilemas da medicina. Rosenberg menciona, por exemplo, a afirmação de George M. Beard – um neurologista americano pioneiro na teorização sobre a categoria de neurastenia – de que: *legitimidade social pressupõe identidade somática*. (ROSENBERG, 2006: p.414). Para Rosenberg:

Todos esses exemplos [...] refletem a realidade subjacente já discutida: a difusão cultural do somático, idéias baseadas em mecanismo de especificidade da doença e os problemas associados ao fato de tais conceitos serem utilizados para gerenciar o desvio, racionalizar idiosincrasias, e explicar o sofrimento emocional.¹⁶⁹ (ROSENBERG, 2006: p.412, tradução nossa).

A querela em torno das fronteiras entre o normal e o patológico permitiu um importante deslocamento quanto à medicalização, ao desestabilizar a crença de ser esta um atributo exclusivo de profissionais médicos, para então englobar os próprios pacientes em uma negociação aberta sobre as categorias de saúde e de doença. Desta forma, enfatizamos que as relações entre as concepções de doenças, comportamentos e sofrimentos socialmente problemáticos têm sido contestadas de modo incansável, não apenas em situações jurídicas, mas em inúmeros contextos clínicos, burocráticos e administrativos. (ROSENBERG, 2006).

O desfecho desta dissertação encontra, assim, um ponto crucial a respeito do que seja a normalidade. Allen Frances critica incisivamente o aumento no número de situações caracterizadas como risco ou diagnosticadas como problemas afirmando que cada dia mais a normalidade se torna uma “espécie em extinção”, o que consideramos uma provocação apropriada diante do cenário exposto. O autor chega a questionar ironicamente: *neste admirável mundo novo da psiquiatria de uma enxurrada de diagnósticos, será que alguém*

¹⁶⁹ No original: “All such examples [...] reflect the underlying historical reality I have already discussed: the cultural pervasiveness of somatic, mechanism-based ideas of disease specificity, and the problems associated with using such concepts to manage deviance, rationalize idiosyncrasy, and explain emotional pain.”

*passa pela vida sem ser diagnosticado com um transtorno mental?*¹⁷⁰ (FRANCES, 2010: p.1). Salientamos, todavia, que esse ponto, ainda que destacado no debate, se apresenta como uma das múltiplas faces de apresentação da medicalização, num contexto bastante específico ao qual o autor dirige suas críticas, que tem a ver com os DSM's.

A pergunta anterior ilustra precisamente a problemática da medicalização da vida na cena contemporânea, em que novas condições e comportamentos vão sendo ressignificados enquanto riscos ou doenças em curso à espera de tratamento, principalmente no âmbito da psiquiatria. Ainda que o aumento do número de diagnósticos não signifique obrigatoriamente um aumento do número de comportamentos que a psiquiatria engloba, de acordo com o que vimos no último capítulo, classificá-los enquanto entidades de doença legítima intervenção profissional e terapêutica em um raio maior de situações da vida, compactuando com a afirmação de Frances (2009; 2010) sobre a tradicional concepção de normalidade ser algo cada dia mais raro.

Por um lado, é importante reiterar que a expansão do vocabulário médico não é igual à ampliação da patologização, e, tampouco, os avanços da biologia encarnam as razões da medicalização. O progresso da biologia vai muito além da medicalização, sendo, inclusive, para alguns grupos à favor da diversidade, o argumento contra a patologização de determinadas características, como é o caso da surdez. Considerando que, desde o início, apostamos numa análise mais complexa, é preciso que possamos sublinhar que medicalização, patologização e estreitamento da normalidade não são sinônimos.

Por outro, o alargamento das fronteiras definidoras de uma patologia se apresenta como um elemento de preocupação, a medida que os critérios de inclusão de novos indivíduos ao *hall* de pacientes correspondem a situações da vida cada vez mais ordinárias. A multiplicação do número de diagnósticos que perpassam desde quadros mais graves até as questões antes reconhecidas como inerentes à vida, está, portanto, em pleno acordo com o horizonte social vivido atualmente, em que se pese uma intolerância generalizada à dor e ao mal-estar subjetivo subjugados em nome de um imperativo da saúde, da felicidade e do bem-estar.

Como já sinalizou Bezerra (2002), as fronteiras demarcadoras de processos inerentes à condição humana são atualmente balizadas pela propagação na sociedade de explicações fisicalistas sobre a mente e o sofrimento psíquico, o que contribui sobremaneira para o

¹⁷⁰ No original: "In this brave new world of psychiatric overdiagnosis, will anyone get through life without a mental disorder?"

privilégio dado à dimensão biológica da vida subjetiva e para o estreitamento progressivo do que se compreendia por normalidade - cenário este em que, como avaliamos, a psiquiatria desempenha um papel estratégico. Para o autor:

No vocabulário do cotidiano palavras comuns e despidas de conotação médica ou científica como “tristeza”, “desencanto” ou mesmo “angústia” cedem rapidamente lugar a expressões como “depressão” ou “distímia”, ou síndrome do pânico” supostamente mais precisas ou objetivas. O engajamento dos sujeitos neste roteiro de auto-descrição baseado no léxico médico retroalimenta, é claro, sua dependência em relação aos especialistas do bem-estar (médicos, indústria farmacêutica, etc), mas o mais importante, creio, é que intensifica o processo de “somatização” da experiência subjetiva [...]. (BEZERRA, 2002: p.234).

A psiquiatria se popularizou ganhando espaço social tanto no que se refere aos desvios quanto no que tange à promoção de bem-estar e aperfeiçoamento da condição humana, segundo citamos com as transformações nos manuais diagnósticos que orientam a prática psiquiátrica e acabam por influenciar a produção de subjetividade na sociedade moderna. Se de um lado a maior fluidez e penetração da psiquiatria no tecido social colabora para desestigmatização de alguns quadros podendo, inclusive, acarretar certos benefícios para os indivíduos, de outro nos interpela com uma questão sobre o fundamento desta expansão no que se refere às fronteiras entre normalidade e patologia: trata-se de uma abertura à diferença ou de uma excessiva psiquiatrização da normalidade?

A principal consequência disso, e aquela que mais nos interessa destacar enquanto um desdobramento possível da revisão em questão, é o impacto na reconfiguração dos critérios que dizem respeito ao sofrimento humano. Os elementos citados na composição do que chamamos de complexidade, reunidos conseguem alcançar uma discussão basal entorno da antiga discussão sobre as fronteiras do que se constitui ou não como um problema.

Como visto, o crescente poder da ciência enquanto um dos discursos competentes mais expressivos da atualidade em termos de penetração no imaginário social, a proliferação de designações biológicas sobre o sofrimento, o culto excessivo da saúde e a ascensão das possibilidades de aprimoramento humano, juntos acarretam consequências na maneira como se concebe patologia, normalidade e diferença. Tais consequências se situam, sobretudo também, nos modos de subjetivação, constituição de identidade, e na forma como o indivíduo se concebe e é concebido.

O impacto desses dilemas a respeito das classificações e da cultura somática no campo da subjetividade são vastos. O saldo disso é que: *transformada em ideologia, a saúde física ou mental é extraída do campo das interrogações filosóficas e políticas acerca da “boa*

vida”, para ingressar na esfera das habilidades e competências a serem demonstradas no mercado da subjetividade. (BEZERRA, 2002: p. 234).

A compreensão do indivíduo pela via da biologia, do fisicalismo e da técnica colabora para um cenário em que a medicalização de diversas nuances da vida subsidia a crença de que mal-estar, dor e sofrimento é índice de desvios e falhas a serem corrigidos no âmbito da performance individual. Porém, a complexidade do quadro atual é grande e demonstra que condições compreendidas como variações biológicas podem ser utilizadas também como uma resistência à patologização, como acontece com os surdos e os chamados Asperger, que reivindicam para si o aspecto da neurodiversidade¹⁷¹ e negam qualquer condição de patologia. Um exemplo do caráter matizado da medicalização é o fato de existirem atualmente movimentos ativistas e lutas políticas por pesquisas sobre razões biológicas quanto a questões ainda de natureza obscura, para fins que não tem a ver com patologização, mas, pelo contrário, de afirmação de uma condição de diversidade; como é a afirmação do “autismo cerebral” como uma marca identitária e não como uma patologia a ser curada, o que traz à tona controvérsias e fortes embates com relação aos pais de autistas graves, que são a favor do tratamento e da busca por melhora do quadro¹⁷². Não entraremos nos pormenores dessas questões, pois levariam a um outro trabalho de pesquisa, visamos somente citar divergências capazes de nuançar ainda mais o tema, sendo úteis aos propósitos de apresentar as divergências deste campo.

De modo geral, entendemos que a concessão do sofrimento e das dificuldades humanas para o domínio de problemas técnicos, de natureza física, reflete a projeção do paradigma científico na cultura, mas também os esforços de construção de sentido para determinadas experiências. Isso se dá em sintonia com uma demanda da sociedade de manejo técnico de dilemas sociais e emocionais. A ênfase na dimensão biológica torna mais rarefeita a importância dos demais determinantes em jogo nos processos de saúde e doença, relativizando, por exemplo, a trajetória histórico e cultural de sentidos atribuídos a tais processos, mas também não é suficiente para dimensionar ou “explicar” a medicalização. Tal ênfase é mais uma dentre aquelas que compõem as diferentes facetas desse processo.

Peter Conrad (2007) também aponta para essa importante dimensão do debate, cujo foco no diagnóstico e na individualização de problemas terminam por ignorar a situação social de fundo, deixando de tensionar em que medida certos comportamentos designados por

¹⁷¹ ORTEGA, 2009.

¹⁷² ORTEGA, 2009.

problemáticos são sintomas de questões mais amplas no nível da sociedade. A partir disso, podemos pensar que a negociação quanto ao que é ou não uma doença não se baseia apenas na querela sobre achados biológicos, mas também nas engrenagens sociais em jogo em uma cultura.

Levar em consideração os elementos agregados à reflexão significa analisar a medicalização de modo mais matizado e não tão “preto no branco”, sob pena de um olhar inflexível ofuscar as múltiplas expressões desse processo em nome de uma crítica também ortodoxa sobre tratar-se de algo exclusivamente autoritário, assimétrico, de controle da população, decorrente da biologia, da psiquiatria, e por aí em diante.

Por fim, avaliamos que o avanço da medicalização é complexo, pois corresponde ao crescimento da regulação tecnológica da vida, que sofre impacto pela noção de risco que cada vez mais antecipa intervenções, e também pelos progressos da psicofarmacologia, que ampliam o campo de atuação da medicina. Isso não significa um avanço na patologização, mas sim o favorecimento de um determinado arranjo social em que todos passam a ser clientes de intervenções sobre a vida. Estas variam em um leque que vai desde a patologização de situações da vida, passando por tratamentos cosméticos, até questões quanto ao aprimoramento da performance humana.

Perceber as matizes do processo, através de sua extensão e alcance, desconstrói a ideia de um processo monolítico e reificado privativo ao campo médico, o que também leva a uma dessacralização da medicina a partir do surgimento de novos especialistas leigos. Verificamos que a ideia de assimetria, portanto, perde o sentido frente ao reconhecimento do papel ativo de pessoas comuns, de pacientes, da mídia e demais grupos de interesses com poder de negociação pública de certas categorias de doença. Tais elementos trazem à superfície dos debates o caráter heterogêneo da medicalização na contemporaneidade.

Em suma, ao revisitar as diversas formas de conceituação e apropriação do termo *medicalização* ao longo da história, pudemos sintetizar algumas conclusões parciais que longe de finalizarem a discussão pretendem ampliar o debate ao introduzir novos elementos sob a perspectiva da complexidade na abordagem ao tema. Os resultados da revisão tampouco abrangem todo o debate, mas trazem perspectivas de destaque na literatura através de autores eleitos por nós como alguns dos mais relevantes para a sistematização do assunto, dentro do recorte histórico proposto.

Recapitulando sucintamente, a matriz analítica desta dissertação seguiu uma lógica que apresentamos como uma das possibilidades de compreensão do tema. Através da organização temática dividida em duas partes, iniciamos pelas concepções mais ortodoxas tributadas às primeiras críticas, passando em seguida para as formulações foucaultianas, até chegarmos às proposições mais atuais que assumem a medicalização como um processo heterogêneo e interativo. O propósito foi localizar esse fenômeno numa inserção social moderna que converge para um processo de medicalização distinto, que hoje é enredado por uma sociedade diferente da realidade social sobre a qual se estruturaram as críticas de Illich e Szasz, por exemplo, nos anos 70.

De modo geral, Nye sublinha uma espécie de tentação histórica em se interpretar a medicalização a partir de uma ideia de crescimento do poder do Estado, ou associado à algo como a figura criada por Ivan Illich do “medical Leviathan”. Apesar desse olhar crítico vez por outra vir à tona, ressalta o autor: *a medicalização não é mais compreendida como uma nefasta colaboração entre especialistas e a autoridade estatal imposta de cima, mas sim como um processo pelo qual preceitos médicos e de saúde foram incorporados em indivíduos que assumem esta responsabilidade para si.*¹⁷³ (NYE, 2003: p.117).

Desta forma, tendemos a concordar com Conrad (2007) em não classificar a medicalização como algo eminentemente bom ou ruim, ou que se possa assim avaliar de antemão, visto as mudanças em curso na sociedade atual acopladas aos novos aspectos incluídos na discussão.

A partir desse panorama geral, vimos distintos discursos e posicionamentos diante do tema, o que, em consequência, nos leva a concluir pela inexistência de uma teoria única a respeito da medicalização. Entretanto, Nye diz ter encontrado, mesmo com todas as diferenças, uma certa convergência nas teorias sobre medicalização. (NYE, 2003), o que parece compactuar também com Ortega & Gaudenzi (2011) sobre a medicalização tratar, de modo mais genérico, da análise da intervenção política da medicina na sociedade seja por arbitrar sobre os comportamentos, pelas condutas morais ou por reger os indivíduos a partir de um saber educativo-terapêutico.

A revisão realizada nos fornece elementos para interpretar a medicalização a partir dos argumentos expostos e das construções propostas, cabendo ao leitor o exercício de reflexão diante da pesquisa apresentada.

¹⁷³ No original: “Medicalization is no longer understood as a nefarious collaboration of experts and state authority imposed from above, but a process whereby medical and health precepts have been embodied in individuals who assume this responsibility for themselves.”

No fechamento desta dissertação, frente às inúmeras matizes do fenômeno analisado, consideramos que diferente de encerrar a questão, este trabalho apenas abre o caminho para um vasto campo de interesses e possibilidades de novas pesquisas no horizonte.

REFERÊNCIAS

ANDREASEN, N. C. *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*. Schizophrenia Bulletin. Vol. 33, n. 1, (2007) p.108-112. Doi: 10.1093/schbul/sbl054

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Trad. Valdéa Barcellos. Rio de Janeiro: Record, 2010.

_____. *A epidemia de doença mental*. Rev. Piauí, 2011. Disponível em: <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>

ARMSTRONG, D. *The rise of surveillance medicine*. Sociology of Health & Illness, vol. 17, n. 3, p.393-404, 1995.

BEZERRA JUNIOR, B. C. *O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica*. In: PLASTINO, Carlos Alberto (Org.). Transgressões. Rio de Janeiro: Contra-Capa, p. 229-238, 2002.

_____. *Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século*. In: Maria Isabel Mendes de Almeida; Santuza Cambraia Neves. (Org.). Por que não? rupturas e continuidades da contracultura. Rio de Janeiro: 7 Letras, p. 129-154, 2007a.

_____. *A subjetividade humana na sociedade de indivíduos*. UNIREVISTA (UNISINOS. Online), v. 4, p. 14-18, 2007b.

BULL, M. *Secularization and Medicalization*. The British Journal Of Sociology, vol 41. n.2, p. 245-261. jun. 1990.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1978.

CHAUÍ, M. S. *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Ed. Moderna, 1981.

CLARKE, A. E. et al. *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*. American Sociological Review, Vol. 68, No. 2, pp. 161-194, 2003.

CLARKE, A. E. et al. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Durham, NC: Duke University Press, 2010.

CONRAD, P. *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior*. Social Problems, University Of California Press, Vol. 23, No 1. p. 12-21. 1975.

_____. *Medicalization and social control*. Annu. Rev. Social. 18:209-232, 1992. Disponível em: arjournals.annualreviews.org

_____. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, 2007.

CONRAD, P., et al., *Estimating the costs of medicalization*. Social Science & Medicine (2010). Doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.019

COSGROVE, L; KRIMSKY, S. *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists*. PLoS Medicine 9(3): e1001190, 2012. DOI:10.1371/journal.pmed.1001190

CRAWFORD, R. *Healthism and the medicalization of everyday life*. International Journal of Health Services, 1980.

_____. *Health as a meaningful social practice*. Health (London), 10:401, 2006. DOI: 10.1177/1363459306067310

FOCAULT, M. [1974a] *Crise da Medicina ou crise da antimedicina*. Tradução de Heliana Conde. In: Verve, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, v. 18, p. 188, 2010.

_____. [1974b] *Historia de la medicalización*. Educación médica y salud. Vol. 11, No.1, 1977.

_____. [1974c] *O nascimento da medicina social*. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2007.

_____. [1974d] *O nascimento do hospital*. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2007.

_____. [1975-1976] *Em defesa da sociedade: curso do Collège de France*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005.

_____. [1976b] *A Política de saúde do século XVIII*. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2007.

_____. [1978] *A Governamentalidade*. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2007.

_____. [1980] *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. [1994] *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

FRANCES, A. *Whither DMS-V?* The British Journal of Psychiatry. p. 391–392, 2009. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.073932

_____. *Normality Is an Endangered Species: Psychiatric Fads and Overdiagnosis*. UBM Medica. Psychiatric Times. Vol. No. July 6, 2010. Disponível em: <<http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1598676>>

_____. *Diagnosing the D.S.M.* The New York Times, 2012. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2012/05/12/opinion/break-up-the-psychiatric-monopoly.html?_r=0>

GARRY, A. *Medicine and medicalization: a response to Purdy*. Journal: Bioethics, vol. 15, no. 3, pp. 262-269, 2001. DOI: 10.1111/1467-8519.00236

GAUDENZI, P; ORTEGA, F.G. *O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização*. Interface (Botucatu) [online]. 2012, v.16, n.40 ISSN 1414-3283.

HORWITZ, A. V; MAYES, R. *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*. Journal of the History of the Behavioral Sciences, v. 41, n.3, p.249–267, 2005. Publicado em: Wiley Interscience <www.interscience.wiley.com>

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3a ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

_____. *A obsessão da saúde perfeita*. 1999. Disponível em: <http://diplo.org.br/1999-12,a1609>

LUPTON, D. *Foucault and the medicalization critique*. In: Petersen, A. and Bunton, R. (eds), *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, pp. 94-110, 1997.

MACIEL, R, R. *Contestação e construção do saber psiquiátrico: uma interpretação da obra de Thomas S. Szasz*. Campinas, SP. 1999.

MIGUELOTE, V.R.S; CAMARGO JUNIOR, K.R. *Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem*. Rev Saúde Pública; 44(1): 190-6, 2010.

MOYNIHAN, R; HENRY, D. (2006) *The fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action*. PLoS Medicine 3(4): e191. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030191

NYE, R. A. *The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century*. Journal of History of the Behavioral Sciences. Vol. 39 (2), p. 115-129, 2003. DOI: 10.1002/jhbs.10108

NOGUEIRA, R.P. *A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.185-90, fev, 2003.

ORTEGA, F. VIDAL, F. *Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.257-261, 2007.

ORTEGA, F. *Deficiência, autismo e neurodiversidade*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009.

ROSE, N. NOVAS, C. *Biological citizenship*. In: Aihwa Ong e Stephen Collier (orgs.), *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford, Blackwell Publishing, p. 439-463, 2005.

- ROSE, N. *Normality and pathology in a biological age*. *Outlines*, 1. pp. 19-34, 2001.
- _____. *Beyond medicalisation*. *The Lancet*. Vol. 369, 700-702, 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60319-5
- _____. *A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos do século XXI*. (E.R.P. Martins, Trad.). *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 628-638, 2010.
- RODRIGUES, H.B.C. *Uma medicina... sempre social? Primeiras incursões à presença de Michel Foucault no Rio de Janeiro, 1974*. *Historia Agora* [Internet]. (10):1-28, 2010. Disponível em: <<http://www.historiagora.com/component/jdownloads/finish/17/7>>
- ROSENBERG, C. E. *Contested boundaries. Psychiatry, disease and diagnosis*. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), p. 407- 424, 2006.
- ROSENHAM, D. L. *On being sane in insane places*. *Science*: Vol. 179, no. 4070, pp. 250-258, 1973. DOI: 10.1126/science.179.4070.250
- RUSSO, J. *A pós-psicanálise – entre Prozac e Florais de Bach*. In: *Clio-Psyche. Hoje. Fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- RUSSO, J; VENÂNCIO, A.T.A. *Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III*. *Revista Latinoa. de Psicopat. Fund.*, Vol. IX, 3, p.460-483, 2006.
- SILVIA FILHO, J. F. *A medicina, a psiquiatria e a doença mental*. In: *Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001.
- SCLIAR, M. *História do conceito de saúde*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.
- SZASZ, T. S. *Bad habits are not diseases*. A refutation of the claim that alcoholism is a disease. *The Lancet*.;2n. 7767, p.83-84, Jul 8, 1972.
- ZOLA, I. *Medicine as an institution of social control*. *Sociol Rev.* 20(4): p. 487-504, 1972.
- ZORZANELLI, R.T. *Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 25-31, jan./mar. 2011