

**MEDICALIZAÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES DA  
TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-  
DOENÇA**

**MEDICALIZACIÓN SOCIAL Y EDUCACIÓN: APORTES DE LA TEORIA  
DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DEL PROCESO SALUD-  
ENFERMEDAD**

**SOCIAL MEDICALIZATION AND EDUCATION: CONTRIBUTIONS  
FROM THE SOCIAL DETERMINATION THEORY OF THE HEALTH-  
DISEASE PROCESS**

*Melissa Rodrigues de Almeida<sup>1</sup>*

*Rogério Miranda Gomes<sup>2</sup>*

**RESUMO:** Nesse artigo buscamos realizar uma análise crítica do fenômeno da medicalização social e sua expressão na educação, utilizando-se do arcabouço científico-epistemológico da determinação social do processo saúde-doença. Em grande parte das elaborações atuais incorre-se à indústria farmacêutica o papel de principal determinante da medicalização. Porém, a ampliação da produção e consumo de atos, tecnologias e serviços de saúde, “esquadrinhando” cada dimensão da vida sob os ditames da biomedicina, é somente a manifestação mais visível de um processo mais complexo e profundo: o movimento de produção crescente de respostas no campo biomédico para manifestações de contradições sociais. Verificou-se que tal processo se apresenta também no campo da educação, por exemplo, ao buscar responder às necessidades de formação de indivíduos adaptados às atuais relações sociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicalização. Determinação social. Educação. Saúde.

**ABSTRACT:** In the current article we intend to perform a critical analysis concerning the social medicalization phenomenon and its expression in education by using the epistemological-scientific framework of the social determination of the health- disease social process. A large part of the current elaborations incur to the pharmaceutical industry the role of medicalising major factor. However, the expansion of the production and consumption of the acts, technologies and health services, “squaring”

---

<sup>1</sup> Psicóloga; Doutoranda em Saúde Coletiva pela FMB/UNESP; Professora do Departamento de Psicologia da UFPR. Email: melissa.r.almeida@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutor em Medicina Preventiva pela FM/USP; Professor do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR. Email: rogeriomgomes@uol.com.br.

each dimension of life under the dictations of biomedicine, is only the most visible demonstration of a more complex and profound process: the movement of increasing production of responses in the biomedical field to demonstrations of social contradictions. It was found that this process is also in the field of education, for example, in seeking to respond to the training needs of individuals adapted to current social relationships.

**KEYWORDS:** Medicalization. Social determination. Education. Health.

**RESUMEN:** En este artículo tratamos de realizar un análisis crítico del fenómeno de la medicalización social y su expresión en la educación sirviéndonos del marco científico-epistemológico de la determinación social del proceso salud-enfermedad. En gran parte de las elaboraciones actuales incurre en industria farmacéutica el papel de principal factor determinante de la medicalización. Sin embargo, la expansión de la producción y el consumo de los actos, las tecnologías y servicios de salud, se han escudriñado cada una de las dimensiones de la vida bajo los dictados de la biomedicina, es sólo la manifestación más visible de un proceso más complejo y profundo: el movimiento de la producción creciente de respuestas en el campo de la biomedicina para manifestaciones de las contradicciones sociales. Se encontró que este proceso se da también en el campo de la educación, por ejemplo, al tratar de responder a las necesidades de formación de los individuos adaptados a las relaciones sociales actuales.

**PALABRAS CLAVE:** Medicalización. Determinación social. Educación. Salud.

## **INTRODUÇÃO**

Diferentemente de estudos predominantes até a década de 1970, quando fundamentava-se a análise da medicalização em relação com os contextos sociais mais gerais, os estudos contemporâneos têm evidenciado mais suas apresentações e mecanismos, ou seja, os processos que colocam em movimento essa tendência de transferência crescente de cada vez mais aspectos da existência para o campo da saúde-doença.

Esse artigo tem o objetivo de subsidiar a compreensão das determinações de fenômenos e processos identificados atualmente com a medicalização social, problematizando, para isso, as manifestações contemporâneas do papel da medicina e dos serviços de saúde. Para tanto, estabelecemos um diálogo entre estudos clássicos sobre a temática e dados de pesquisas atuais, evidenciando sua relação com as características da atual fase do capitalismo. Com isso, pretendeu-se contribuir com a discussão a respeito da medicalização da educação e da infância.

## **MEDICALIZAÇÃO SOCIAL: HISTÓRICO DO CONCEITO**

O conceito de medicalização social começa a ser utilizado a partir de meados do século XX por pensadores de matrizes teóricas bastante distintas. Apesar dessas diferenças, o termo passa a ser compreendido de forma geral como o processo de apropriação e normatização

de crescentes aspectos da vida social pela medicina (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; CLARKE et al., 2005).

Segundo Gaudenzi e Ortega (2012), inicialmente, desenvolveram-se uma série de estudos dedicados à análise do que ficou conhecido como a medicalização do desvio, onde predominavam as “desordens sexuais” – homossexualidade, transexualidade –, as “desordens mentais” e as “desordens morais” – alcoolismo, delinquência. Logo em seguida, contudo, autores como Peter Conrad (1992) começaram a analisar como condições outrora consideradas normais também passam a ser progressivamente incluídas no campo médico, como foram os casos da gravidez, da infância e da sexualidade.

Na obra *Expropriação da saúde: nêmesis da medicina*, Ivan Illich (1975) relaciona como implicações da medicalização uma série de repercussões que reúne sob a ideia de iatrogênese, entendida como danos à saúde resultantes da intervenção médica. A mais importante é expressa naquilo que Illich (1975) caracterizou como iatrogênese social, cujos sintomas incluem a ampliação crescente da produção e consumo de atos e serviços de saúde incentivada pela indústria farmacêutica e a crescente medicalização de condições de vida outrora consideradas normais. Para ele, com a crescente dependência dos sujeitos em relação aos serviços de saúde, produz-se ainda uma iatrogênese cultural, com a medicina expropriando dos indivíduos a capacidade de lidarem autonomamente com as várias apresentações do sofrimento, transformando-os em passíveis da intervenção técnica.

Outra contribuição importante nessa temática é a de Michael Foucault (1984) que, a fim de compreender as raízes da medicalização, utilizou-se do conceito de biopolítica, isto é, da ideia de uma estratégia que inclui o biológico como componente das preocupações de gestão da sociedade pelo Estado moderno a partir do século XVIII.

## **AS RAÍZES DA MEDICALIZAÇÃO: REPRODUÇÃO E CONTROLE DOS CORPOS SOCIAL E INDIVIDUAL**

A fim de apreender, na contemporaneidade, as várias manifestações e dimensões da medicalização, localizando-as no todo social do qual emergem e a partir do qual são determinadas, bem como suas repercussões no campo da educação, pensamos ser importante recorrer à análise, ainda que breve, de um momento histórico anterior a partir do qual esse processo é inicialmente desencadeado.

No século XVIII, em vários países da Europa, teve início uma alteração significativa na abordagem estatal da saúde-doença, não sendo a temática da generalização do cuidado médico seu objeto, mas, de fato, algo que a precede e engendra: a revisão do significado da saúde e a extensão da normatização e interferência médica na organização da população e de suas condições de vida (FOUCAULT, 1984; ROSEN, 1979; DONNANGELO, 1976).

O contexto social em que ocorreu essa reestruturação do campo médico-sanitário foi de urbanização desordenada e proletarização com altíssimos graus de exploração, extensas jornadas e péssimas condições de trabalho, o que conforma um quadro de miséria e condições de vida extremamente precárias para a recente força de trabalho urbana. Essas características conferiram às grandes cidades europeias um caráter de importante tensão social e instabilidade manifesta em constantes revoltas populares e em altas taxas de morbimortalidade por doenças infectocontagiosas (ROSEN, 1979).

Nesse momento histórico, com a necessidade urgente de reprodução da força de trabalho, o Estado realizou alterações importantes no meio urbano hostil, a fim de preservar as relações sociais que o produziam. Entre elas, cabe destacar: as medidas de reordenação urbana, como o saneamento, a retirada de espaços insalubres do centro das cidades, o alargamento das ruas para garantir a circulação de ar – e impedir as barricadas populares –; a instituição de uma série de normatizações e fiscalização do espaço público (comércio, serviços, alimentos) e privado (moradia); a normatização e fiscalização de condições de trabalho (ROSEN, 1979).

Além da reprodução física da força de trabalho, fazia-se necessário discipliná-la para as condições do trabalho industrial. Tal processo é desenvolvido por meio de várias ações de normatização ideológica, entre elas as práticas higiênico-morais voltadas à vida familiar, comportamentos, moradia, educação, infância, sexualidade etc., colaborando para a constituição dos alicerces da família e dos padrões de sociabilidade exigidos pelas relações capitalistas (FOUCAULT, 1984).

Aqui tem início o processo de extensão do campo de normatização médica sobre a vida, extensão que é elemento fundamental do processo de medicalização social. Ressalte-se, contudo que, até esse momento, a medicina - como prática de intervenção sobre o corpo individual - não ocupa papel significativo nas ações estatais relacionadas à saúde-doença em razão de sua ineficiência técnica para abordar as principais condições de morbimortalidade - as doenças infectocontagiosas. A extensão da normatização médica dá-se com a intervenção

predominantemente sobre o corpo social, coletivo, e não por meio de ações de caráter assistencial, curativo (ROSEN, 1979).

A partir do século XIX, a intervenção estatal no campo da saúde-doença passa a transferir-se progressivamente do plano coletivo para o individual. Dois aspectos serão determinantes para essa reorientação. Em primeiro lugar, à medida que as transformações no meio urbano e nas condições de vida anteriormente descritas propiciam uma importante redução das taxas de morbimortalidade, garantindo a disponibilidade de força de trabalho em quantidade suficiente, diminui a necessidade material dessas práticas coletivas. Paralelamente a isso, o desenvolvimento das forças produtivas com a revolução industrial, possibilitará um avanço científico-tecnológico da medicina em graus jamais vistos, ampliando progressivamente sua capacidade de intervenção no corpo orgânico.

A partir de fins do século XIX, com os recentes sucessos da medicina anatomoclínica consolidou-se o paradigma alicerçado na tendência de restrição da sede do adoecer ao plano orgânico. A partir de então, adentrar-se-á o corpo até níveis cada vez mais profundos para a consecução da moderna cruzada humana contra a doença, chegando até, como nos dias atuais, ao nível genético e molecular.

A consolidação do monopólio médico, possibilitado pelo avanço tecnológico da medicina a partir do fim do século XIX, lhe permitirá desenvolver o movimento de apropriação progressiva de cada vez mais dimensões da vida humana, buscando explicá-las e normatizá-las a partir do paradigma biomédico.

## **A AMPLIAÇÃO DOS LIMITES DO PATOLÓGICO**

Uma dimensão importante do processo de medicalização social é o da *ampliação dos limites do patológico*, ou, o mesmo processo nomeado de outra forma, a restrição dos limites de normalidade (CONRAD, 1992). Essa dimensão se manifesta contemporaneamente através de três mecanismos principais.

O primeiro mecanismo refere-se à flexibilização das exigências necessárias à associação diagnóstica de determinados aspectos da vida a entidades nosológicas pré-estabelecidas, processo propiciado pela elasticidade inerente às categorizações biomédicas. Assim, a cada revisão de manuais médicos, patologias já estabelecidas têm seus critérios de

inclusão diagnóstica flexibilizados, fazendo com que situações antes consideradas manifestações normais da vida passem a ser enquadradas como patológicas (ANGELL, 2011; CONRAD, 1992).

Esse mecanismo é muito explícito na área dos “transtornos mentais”, sendo o caso da depressão, emblemático. Até o DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), havia uma norma que excluía indivíduos em estado de luto, até dois meses, de serem diagnosticados com depressão. No DSM-5, publicado em 2013, esse critério foi reduzido para duas semanas, assim como outras situações de depressão. Nessa mesma direção, o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade exigia, até o DSM IV, o atendimento ao critério de surgimento até os sete anos de idade. Com o DSM-5, a exigência amplia-se para os doze anos de idade (APA, 2013). O transtorno bipolar, por sua vez, que era exclusivo de adultos, é expandido para a infância após o DSM IV (ANGELL, 2011). Além disso, a utilização do conceito de espectro e a inclusão de precursores dos transtornos<sup>i</sup> de forma cada vez mais recorrente têm ampliado alguns “transtornos mentais”.

Mas, essa dinâmica de expansão do patológico através do alargamento dos critérios diagnósticos de entidades nosológicas estabelecidas não é exclusividade dos “transtornos mentais”, manifestando-se, de fato, nas mais diversas condições clínicas. Da hipertensão arterial ao diabetes, passando pelas dislipidemias, a cada nova revisão de diretrizes diagnósticas os valores das constantes fisiológicas que demarcam o início da patologia tornam-se mais estritos<sup>ii</sup>, fazendo com que milhões de sujeitos até então considerados “normais” sejam incluídos entre os patológicos ou, ao menos, entre aqueles em condições de “risco” (de tornarem-se patológicos). Além disso, o limite e a diferença entre a patologia e o risco tornam-se progressivamente mais tênues, visto que ambos os grupos reclamam intervenções crescentes pelos serviços de saúde (CLARKE et al., 2005; ZOLA, 2005; NOGUEIRA, 2003).

O segundo mecanismo pelo qual se desenvolve a ampliação do patológico refere-se ao estabelecimento de categorias nosológicas novas, absorvendo para o campo da patologia condições, comportamentos, manifestações da subjetividade, ou da organicidade, outrora consideradas normais (CONRAD, 1992). Veja-se o caso, por exemplo, da inclusão no DSM-5 (APA, 2013) de uma série de “transtornos”, como o transtorno disruptivo de desregulação do humor, a desordem disfórica pré-menstrual, o transtorno do interesse e excitação sexual feminino, dentre outros.

O estabelecimento de novas categorizações nosológicas tampouco é exclusividade do campo do psiquismo. A cada revisão de manuais clínicos e de classificação diagnóstica, novas “patologias orgânicas” são incluídas, reduzindo significativamente a possibilidade de existência de indivíduos “normais”.

Tanto a ampliação do espectro das categorias nosológicas pré-existentes quanto o estabelecimento de novas categorias nosológicas poderiam ser entendidas como apresentações contemporâneas da antiga *medicalização dos desviantes*. Cabe, contudo, uma ressalva. Entendemos que, diferentemente do passado, a ideia de *desvio* aqui presente se refere menos à tendência de normatização de “minorias” frente a um padrão mais frequentemente existente, mais predominante, do que à ideia de adaptação à *norma* como um *dever ser*, um estado valorado positivamente ao qual os indivíduos são instados a alcançar, independentemente de esse estado ser pouco frequente ou dificilmente viável nas condições de vida existentes.

O terceiro mecanismo de ampliação do patológico refere-se à dinâmica contemporânea de estímulo, com ares de coação, à prevenção através da gestão individual de “riscos” à saúde (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; CLARKE et al., 2005; ZOLA, 2005; NOGUEIRA, 2003).

Com o predomínio das condições crônicas de adoecimento a partir do século XX, principalmente nos países desenvolvidos, explicitam-se as limitações do paradigma biomédico unicausal em explicar e guiar intervenções com grau razoável de eficiência. A racionalidade biomédica é forçada a incorporar em seu arcabouço conceitual a influência das condições de vida no processo saúde-doença. Consolida-se o paradigma multicausal, expresso na concepção biopsicossocial do processo saúde-doença (BREILH, 2006). A incorporação das condições de vida, uma dimensão não biológica, dá-se com o conceito de *meio* (tributário da ideia de meio natural) no qual os corpos biológicos encontrar-se-iam imersos e no qual se reconheceria a presença de diversos outros fatores influenciadores no processo saúde-doença - os *riscos* (AYRES, 1997). Desse modo, o processo de adoecimento passa a ser compreendido como influenciado por diversos fatores – biológicos e não biológicos - segundo a lógica de agrupamentos de variáveis, sem hierarquização ou relações de determinação entre si (BREILH, 2006).

Através do conceito de hábitos/estilo de vida, os serviços de saúde culpabilizam os indivíduos pelos efeitos das determinações sociais sobre suas condições de vida e saúde,

normatizando-os por meio da transferência crescente de toda sorte de prescrições para “uma vida saudável”. Esse movimento, analisado por Illich em seus últimos estudos, e o qual Nogueira (2003) denominou higiomania, contribui para uma dinâmica que amplia e pulveriza “práticas preventivas” para além dos serviços e profissionais de saúde, elevando ao extremo o processo de medicalização da existência através da gestão individual dos riscos (CLARKE et al., 2005; ZOLA, 2005).

Esses mecanismos por meio dos quais a medicalização social se desenvolve são responsáveis por uma série de efeitos. Cada vez mais, para os indivíduos, viver torna-se manter-se saudável, proteger-se da doença, existente presente ou potencialmente através de inúmeros e crescentes “riscos”. A saúde deixa de ser identificada com um estado, uma condição e/ou resultado da vida para tornar-se sinônimo da própria vida. Por outro lado, a normalidade, ou a saúde, ao mesmo tempo em que é elevada ao fim último da existência torna-se cada vez mais inalcançável.

## **AS DETERMINAÇÕES DA MEDICALIZAÇÃO SOCIAL**

Na maior parte das elaborações atuais reduz-se a medicalização social a essa dimensão até aqui por nós analisada - a ampliação do patológico - incorrendo-se à indústria farmacêutica o papel de principal determinante desse processo (ANGELL, 2011).

Uma observação oportuna é que a ampliação do patológico não pode ser reduzida ao mecanismo de tradução de condições outrora consideradas normais em patológicas. De fato, as condições sociais contemporâneas, que analisaremos à frente, fazem com que cada vez mais indivíduos desenvolvam transtorno depressivo e hipertensão arterial, por exemplo, ainda que se tomassem por referência os critérios (mais restritos) utilizados para diagnóstico há décadas atrás.

Posto isso, cabe problematizar, ainda que de forma muito sintética e limitada, dado o caráter desse escrito, o aspecto das determinações do processo de medicalização social.

É fato inquestionável que a indústria farmacêutica é um importante agente do processo de ampliação dos limites do patológico, visto que essa dinâmica lhe propicia aumentar a produção e venda de fármacos e, conseqüentemente, seus lucros. Grande parte de seus investimentos volta-se para o financiamento de pesquisas que propõem a normatização de determinadas condições antes normais como patológicas, ou a ampliação do espectro de

categorias nosológicas pré-existentes, para as quais ela desenvolve, ou reaproveita, algum fármaco como indicação de tratamento (ANGELL, 2011, CLARKE et al., 2005).

A indústria farmacêutica encontrará, no mecanismo contemporâneo da gestão individual de riscos, inclusive, as bases para superar o que, a princípio, parecia uma limitação conceitual sua intransponível, qual seja: a de ser originalmente uma indústria produtora de mercadorias para um grupo restrito de indivíduos – os doentes. De complexos vitamínicos a diversos medicamentos para “controle de riscos” e “prevenção” de doenças – hipolipemiantes, emagrecedores, antidepressivos “profiláticos” etc. - o capital encontra um mercado com potencial de expansão que parece inesgotável. Não deve causar espanto, portanto, que a indústria farmacêutica tenha se consolidado como uma das mais importantes do mundo. Além disso, o movimento de pulverização da medicalização para além dos profissionais e serviços tradicionais de saúde irá se manifestar em uma expansão fantástica de outras indústrias e serviços – academias, indústrias de suplementos alimentares, serviços virtuais de orientações para saúde etc. – com a função de subsidiar a gestão individual dos riscos (CLARKE et al., 2005; NOGUEIRA, 2003).

O desenvolvimento do complexo médico-industrial nas últimas cinco décadas encontra-se, de fato, diretamente inter-relacionado ao desenvolvimento dos serviços de saúde e do processo de medicalização social. Entretanto, o fato de um ramo do capital – o complexo médico-industrial – ser elevado em muitas análises à condição de principal determinação do processo de medicalização social limita, a nosso ver, sua compreensão, pois colabora para a ocultação de suas determinações mais profundas.

As raízes do processo de medicalização social, como vimos, encontram-se em um momento muito anterior ao desenvolvimento desse ramo produtivo como um agente significativo na organização das práticas de saúde.

Essas novas áreas de acumulação para o capital somente podem se constituir a partir da dinâmica que reordena a medicalização na contemporaneidade, porém, uma vez postas em movimento, passam a atuar também como determinantes dessa dinâmica, reforçando-a e expandindo-a.

O que queremos enfatizar, contudo, é que a medicina, e a indústria farmacêutica como uma de suas dimensões, não pode impor à sociedade novas patologias exclusivamente a partir de seus interesses. A prática científica em suas diversas apresentações somente pode

apresentar respostas, seja na forma de explicações, seja na forma de intervenções, para questões que lhes foram colocadas pela sociedade em que está inserida (BREILH, 2006; MÉSZÁROS, 2002). E a necessidade de acumulação no complexo médico-industrial é apenas uma, dentre várias questões postas pela sociedade à medicina e aos serviços de saúde.

O normal somente pode ser ressignificado como patológico, a nosso ver, porque a normalidade vigente já não é mais adequada, suficiente, para as novas demandas da realidade. Ou seja, a medicina e os serviços de saúde somente podem transformar em patologia algo que, em última instância, apresenta-se para os indivíduos e coletivos como obstruções na reprodução da vida, como sofrimento, como problema que cobra para ser resolvido sob as relações sociais atuais.

Apreender o processo de medicalização social em sua totalidade e complexidade implica, portanto, a análise das determinações das condições, que são apropriadas pela medicina na forma de doenças. Essas determinações encontram-se nas contradições que se desenvolvem na sociedade e que se manifestam como sofrimento no plano concreto dos indivíduos e coletividades. Voltemos, portanto, nossa atenção a esse plano.

Para Canguilhem (1995), as diversas formas de sofrimento são vivenciadas pelos indivíduos como obstruções, limites, em seus modos de andar a vida. Os modos de andar a vida, contudo, não são naturais, mas histórico-sociais. As distintas vidas, suas variadas formas e graus de desgaste e reprodução, dependem fundamentalmente das diferentes formas concretas de inserção social dos indivíduos (BREILH, 2006; LAURELL; NORIEGA, 1989). O que determinam, por sua vez, essas diferentes formas concretas de inserção social são as relações sociais de (re)produção (da vida) predominantes nas formações sociais. Sob relações sociais capitalistas, o modo de andar a vida para a imensa maioria da população é determinado, em última instância, pela sua inserção no mundo do trabalho. É a partir desse plano que se constituem formas particulares de reprodução e desgaste dos sujeitos e seus corpos que podem se manifestar em obstruções em suas vidas singulares (BREILH, 2006; LAURELL; NORIEGA, 1989).

A própria concepção hegemônica de saúde como integridade anatomofisiológica do corpo é tão somente expressão da redução dos sujeitos a meros portadores de força de trabalho - a mercadoria fonte de toda acumulação capitalista (LAURELL;

NORIEGA, 1989; DONNANGELO, 1976). Não deve estranhar, portanto, o fato de a delimitação de condições como normais ou patológicas responder, em grande parte, a essa determinação.

A medicina moderna, bem como os serviços de saúde, desenvolverá respostas às obstruções nos modos de andar a vida (o desgaste) dos sujeitos. Essas respostas partem de um paradigma científico-epistemológico original e bastante complexo, o biomédico, que localiza a base e a causa dessas obstruções (desgaste) na organicidade corporal.

Ao localizar e restringir o sofrimento, e sua abordagem, ao plano individual, corporal orgânico, a medicina e os serviços de saúde realizam um movimento de ocultação das determinações sociais da saúde-doença, e da própria vida humana, contribuindo para a reprodução das contradições sociais que estão na base dessas determinações (BREILH, 2006).

Essa constatação é fundamental para a análise da medicalização social. Isso porque o que aparece contemporaneamente como sua principal dimensão - a ampliação crescente de produção e consumo de atos, tecnologias e serviços de saúde, buscando “esquadrinhar” cada dimensão da vida e amordaçá-la sob os ditames da biomedicina - é somente uma implicação, a manifestação mais visível de um processo mais complexo e profundo, qual seja: o movimento de produção crescente de respostas no campo biomédico para manifestações de contradições sociais.

Como enfatiza Donnangelo (1976), o *corpo* adquire importância para o Estado capitalista e os serviços de saúde modernos em razão de seu papel como elemento central para a produção. Logo, pensamos que é a partir das transformações nesta dimensão que podemos entender as determinações mais profundas do processo de medicalização social em suas manifestações atuais.

Antunes (2006), ao analisar as transformações no mundo do trabalho nas últimas décadas, apreende-as como respostas às crises de acumulação do capital a partir da década de 1970 e ao desenvolvimento de resistência dos trabalhadores às formas produtivas até então vigentes. Esse processo complexo e multifacetado que tem sido denominado como reestruturação produtiva tem como principal condicionante a necessidade de recompor as taxas de lucro do capital em um novo ciclo de acumulação. O conjunto de mudanças que o caracteriza é bastante amplo e heterogêneo quando analisado em contextos concretos.

Além da crescente incorporação tecnológica expressa na automação, responsável pela ampliação relativa da mais-valia através do aumento da produtividade do trabalho, desenvolve-se um processo de busca da ampliação absoluta da mais-valia por meio de

importantes transformações no mundo do trabalho, quais sejam: ampliação das jornadas de trabalho, tanto as jornadas formais, quanto as informais expressas, por exemplo, no trabalho a domicílio; intensificação do trabalho através de estratégias como o aumento de tarefas (multifuncionalidade), a imposição de metas, a eliminação de poros “improdutivos” nos processos de trabalho, dentre outros; a implementação de métodos de gestão que associam aumento da repressão, por meio do assédio, com mecanismos “capturadores da subjetividade” dos trabalhadores - a gestão pela emoção -, buscando sua adesão ao ideário da empresa; as terceirizações e flexibilização de vínculos e direitos trabalhistas que aumentam a instabilidade dos trabalhadores no emprego e possibilitam o aumento da exploração (ANTUNES, 2006; BARRETO, 2006).

As conseqüências dessa reestruturação produtiva, bem como da intensificação do trabalho que ela implica, sobre os trabalhadores se expressam em novos perfis epidemiológicos. Uma de suas características é a ampliação de lesões crônicas, como as lesões por esforços repetitivos - LER, decorrentes do predomínio das cargas fisiológicas, como o ritmo derivado da intensificação crescente própria dos ritmos automatizados. Outra característica é que a ampliação de cargas psíquicas – sobrecarga de tarefas, pressão por metas, assédio –, incluindo a alienação no trabalho, incorre em aumento significativo do desgaste e sofrimento psíquico, além de doenças cardiovasculares (BARRETO, 2006; LACAZ; SATO, 2006). Na maioria das vezes, essas variadas cargas determinantes dos novos perfis epidemiológicos encontram-se unidas, como componentes interdependentes da maioria dos processos de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Essa tendência, de intensificação do trabalho e suas repercussões epidemiológicas, não se restringem ao trabalho industrial “clássico”. Respeitadas as particularidades, praticamente nenhuma forma de trabalho na contemporaneidade, aí incluídas as diversas apresentações dos chamados serviços – educação, saúde, comércio etc. -, escapa incólume a essa dinâmica.

São tempos da depressão como “mal do século”, do aumento sem precedentes dos transtornos de ansiedade, da síndrome de burnout, da ampliação significativa das taxas de suicídios etc. (BARRETO, 2006).

Caberá à medicina e aos serviços de saúde responder a essas manifestações surgidas da nova realidade do mundo do trabalho e que se expressam como sofrimento, como

obstruções no andar a vida dos sujeitos e coletividades concretas. Os serviços de saúde responderão, a partir do paradigma científico-epistemológico hegemônico<sup>iii</sup> que os estruturam, localizando o foco e a causa dessas manifestações nos indivíduos, traduzindo-as como transtornos orgânicos, do corpo ou da mente<sup>iv</sup>, e buscando tratá-los.

As intervenções dos serviços de saúde sobre corpos e mentes dos sujeitos em condições de sofrimento buscam torná-los “normais”. O critério de normalidade guia-se para a interrupção ou atenuação das expressões do sofrimento a fim de tornar os indivíduos passíveis de serem reintegrados aos seus modos de andar a vida. Reintegrá-los à vida existente, implica readaptá-los aos processos de produção e reprodução social a partir dos quais suas vidas se estruturam, ou seja, readaptá-los a processos de vida e trabalho que, em última instância, determinam suas condições de sofrimento (BREILH, 2006; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Assim se manifesta concretamente o papel dos serviços de saúde como reprodutores da força de trabalho, isto é, para continuar operando com eficiência o trabalhador sofre intervenções que lhe propiciem suportar as condições de sua inserção no mundo da produção, mantendo os graus exigidos de produtividade (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Ao intervirem, buscando corrigir condições apreendidas como transtornos dos indivíduos, os serviços de saúde consolidam determinadas normas biopsíquicas que conformam um dever ser coletivo.

Os novos arranjos produtivos exigem o desenvolvimento de um corpo fisicamente resistente para suportar o aumento de jornada, tarefas e ritmo de trabalho. A imposição de movimentos progressivamente mais rápidos, coordenados, precisos e ininterruptos requisita sistemas osteomusculares compatíveis. Além disso, é necessário desenvolver um controle crescente dos ritmos fisiológicos – gastrointestinais, urinários, do sono etc. - para suportar condições de privação cada vez maiores advindas da exclusão de poros e pausas e da intensificação dos processos de trabalho.

Aqui, se encontra, a nosso ver, a principal determinação da tendência de ampliação crescente dos limites de categorias nosológicas como a obesidade, hipertensão arterial e diabetes. Por um lado, os modos de vida e trabalho contemporâneos produzem esses perfis de sofrimento. Por outro, quanto mais altos os níveis de pressão arterial, ou de obesidade, dos indivíduos, por exemplo, maiores suas inadequações para as novas formas de trabalho, em razão de suas maiores vulnerabilidades ao desgaste e ao adoecimento sob condições cada vez mais

exigentes e intensificadas. Certos corpos suportarão menos essas novas condições. Assim, as exigências crescentes dos processos de vida e trabalho implicam exigências também crescentes relativas à corporeidade anatomofisiológica.

Como resposta às novas necessidades de corpos aptos para formas contemporâneas de trabalho cada vez mais intensificadas, desenvolve-se o enraizamento social de um novo *dever ser* para os corpos, através da flexibilização de critérios diagnósticos, que implica em medicalização dos não adaptados<sup>v</sup>. Para suportar vidas mais tensas são necessários níveis tensóricos (de pressão arterial) cada vez mais reduzidos... A ciência médica responde a essa demanda da realidade reduzindo os valores definidores da pressão arterial normal.

As novas apresentações dos processos produtivos não exigem somente determinadas características físicas dos trabalhadores, senão concomitantemente determinadas características psíquicas.

As exigências por um trabalhador multifuncional, permanentemente sobrecarregado, que persiga constantemente metas inalcançáveis, suporte condições de assédio e, além disso, apresente-se como “participativo” coloca condições significativamente mais rigorosas para a força de trabalho.

Essa, a nosso ver, é uma importante determinação da ampliação dos limites do patológico no campo do psiquismo, que reproduz determinadas referências apriorísticas de subjetividade e comportamento cada vez mais estritas. Ao se ampliar o espectro do que é considerado transtorno depressivo, transtorno de humor ou de ansiedade, por exemplo, passa-se a incluir praticamente todas as formas de tristeza, ansiedade, dispersão, desatenção etc. como patológicas, o que consolida socialmente um perfil normal de subjetividade que exclui essas manifestações.

Essa é a resposta médica às novas condições sociais que exigem sujeitos cada vez mais produtivos e psicologicamente resistentes, ou seja, que suportem ritmos e cargas de trabalho de intensidades crescentes sem manifestarem comportamentos ou sinais de sofrimento que possam comprometer sua produtividade. Tudo que a afete - da tensão pré-menstrual ao luto - é patologizado. Ao mesmo tempo, as novas referências de subjetividade necessárias ao capital exigem sujeitos mais “colaborativos”. Desde que com uma colaboração, evidentemente, legitimadora e disciplinada.

Hoje, o controle dos trabalhadores adquire nova dimensão na política de recursos humanos: novas técnicas de adestramento dos corpos foram e são aperfeiçoadas. [...] devem estar motivados e satisfeitos, decididos e atuantes, identificados com os objetivos do capital e flexibilizados emocionalmente, ou seja: devem estar maleáveis e submissos, sujeitados aos desejos indóceis e vorazes do capital (BARRETO, 2006, p. 101-102).

Assim, o processo de medicalização social encontra sua principal determinação nas relações sociais que constituem formas de vida e trabalho produtoras de sofrimento em graus crescentes e, concomitantemente, exigem a produção de indivíduos cada vez mais resistentes para a vida produtiva. Essa modelação farmacológica e genética de corpos e mentes voltada para a eficácia capitalista conferirá à medicalização ares de um neo-eugenismo contemporâneo.

### **MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA INFÂNCIA**

Pensamos que a tendência atual de medicalização da educação e da infância possui no modo de produção social da vida, processo analisado no item anterior, sua principal determinação. A ampliação do espectro de patologias do comportamento – com categorias como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ou o transtorno desafiador e de oposição, dentre outros – normatiza a infância a fim de constituir sujeitos cada vez mais concentrados e disciplinados, menos dispersos, e ao mesmo tempo multifuncionais, cuja produtividade, ainda que farmacologicamente produzida, deve ser maior desde a escola. Não se ignora aqui as várias outras dimensões relacionadas à medicalização da infância, e da vida de forma geral, embora não seja objetivo desse artigo analisá-las. Cabe, contudo, ressaltá-las como componentes do todo social complexo e multideterminado, no qual o trabalho, a nosso ver, tem centralidade. Mesmo alguns aspectos que por vezes apresentam-se, à primeira vista, como dimensões distintas do mundo da produção encontram nele, de fato, suas determinações mais profundas. Vejamos alguns deles.

O rastreamento crescente das crianças pelas instituições escolares em busca de patologias, principalmente do comportamento, não é um fenômeno isolado. De fato, enraíza-se na sociedade contemporânea, uma significação da “agitação” e “dispersão”, não somente na infância, como obstruções (anormalidades) no andar a vida dos sujeitos. As bases materiais desse processo, como procuramos analisar, encontram-se no movimento de respostas às exigências do mundo do trabalho por sujeitos mais produtivos, atentos, concentrados, cumpridores de metas. Como a educação constitui-se, na sociedade capitalista, como um importante espaço de

(re)produção da força de trabalho, ela já institui, em maior ou menor grau, critérios de avaliação da adequação e produtividade dos alunos a partir das exigências predominantes no mundo da produção (MÉSZÁROS, 2005).

Cabe ressaltar que características como o “excesso de energia” e “atividade” das crianças somente podem ser patologizadas porque se tornam obstáculos também no andar a vida das famílias. Vários aspectos contribuem para esse processo. Um deles é a redução progressiva dos espaços físicos e sociais para a efetivação de algumas dimensões da infância, em razão das mudanças das condições de vida da classe trabalhadora no meio urbano permeado por importante desigualdade social. As áreas físicas disponíveis para a brincadeira, por exemplo, se restringem. Com a urbanização progressiva, as casas com quintais são substituídas por apartamentos cada vez menores. A rua, antes espaço de vida e socialização, torna-se espaço de ameaça, insegurança e morte. Trancadas em espaços cada vez mais reduzidos, as crianças, “cheias de energia”, tornam-se um problema.

Além disso, a tendência à ampliação da jornada de trabalho – inclusive no domicílio – e a intensificação do trabalho reduzem significativamente, quantitativa e qualitativamente, a possibilidade de participação dos pais na vida da criança. Podendo dispor de pouco tempo, e em condições de grande desgaste, os pais preferirão filhos mais “calmos” e que exijam menos dedicação.

Outro fator importante é o processo de progressiva inserção das mulheres no trabalho assalariado. Se antes, a divisão sexual do trabalho, atribuía principalmente às mães a função de cuidado dos filhos, mantendo as crianças em casa em parte do dia, com o processo de absorção crescente de toda a família pela produção, essa função passa a ser conferida principalmente à escola, mas também a outras instituições. As crianças passam a realizar um sem fim de atividades (educativas, culturais, esportivas etc.). Se por um lado isso amplia as possibilidades de apropriação da cultura humana, por outro contribui para o desenvolvimento cada vez mais precoce de características necessárias à produção capitalista, tais como capacidade de compatibilizar múltiplas atividades, suportar quantidade de tarefas e ritmos cada vez mais intensos etc. Assim, a multifuncionalidade da reestruturação produtiva encontrará também no novo cotidiano infantil sua expressão.

Isto quer dizer que, ao mesmo tempo em que a sociedade produz a necessidade de indivíduos multifuncionais e ativos, formando as crianças nesses moldes, precisa enquadrar

aqueles que não realizam essas características de forma controlada. Evidentemente, impõem-se graus de atenção, dedicação e produtividade significativamente maiores que, por vezes, só serão alcançados farmacologicamente.

Cabe ainda destacar a dinâmica de construção histórica do fracasso escolar como mecanismo de reprodução das desigualdades sociais e sua abordagem contemporânea pela escola. Posta a ampliação do acesso à escola para a maioria da população sob a forma de um serviço subfinanciado, precário e de baixa qualidade caberá à escola culpabilizar os indivíduos pelo baixo rendimento ou pela inadaptação à instituição. Não é recente o recurso à medicalização para esse fim. O que é característico da contemporaneidade é a ampliação sem precedentes desse processo, além da incorporação às patologias do comportamento o que antes se atribuía às “patologias da miséria” (desnutrição, parasitoses etc.) pela teoria da carência cultural (PATTO, 1990). Em lugar de se problematizar os limites da própria escola tal como se apresentam – salas superlotadas, professores superexplorados e adoecidos, estrutura precária, projetos pedagógicos inadequados à realidade, etc. – transfere-se a culpa do “baixo rendimento” escolar para os alunos.

### **PARA ALÉM DA MEDICALIZAÇÃO SOCIAL: QUAL VIDA?**

O normal e o patológico são relativos e históricos. Se a medicina se apropria de condições anteriormente consideradas normais e as ressignifica como patológicas é porque elas se tornaram-se limites, obstruções, sofrimentos, para os indivíduos no plano da vida social.

A transferência de manifestações das contradições sociais para o campo do patológico, do biológico e do individual, colabora para ocultar e naturalizar as verdadeiras determinações do sofrimento. O indivíduo é que se encontra “doente” e precisa ser tratado para se adaptar ao contexto em que está inserido. Não se colocam em questão o contexto social, as relações estabelecidas. Elas não são submetidas a julgamentos, diagnósticos, como o são os indivíduos. Naturalizar, portanto, o processo saúde-doença implica naturalizar a sociedade tal como está, ocultar seu caráter histórico, contraditório, conflituoso e produtor de sofrimento.

Com efeito, através da medicalização social, e da redução dos problemas socialmente produzidos a questões individuais, os serviços de saúde colaboram para a obstrução da apreensão pelos indivíduos das determinações sociais de suas vidas, o que limita suas possibilidades de transformá-la rumo a condições mais satisfatórias e saudáveis.

O que impulsiona esse processo de forma permanente é o papel intrínseco à medicina e serviços de saúde de reprodução (das relações sociais de produção na dimensão) da força de trabalho e controle (da expressão das contradições do) social.

No século XVIII, ainda sem poder contar com a medicina moderna, o Estado, a fim de garantir a consolidação das relações capitalistas, precisou realizar mudanças significativas no meio urbano hostil e produtor de sofrimento, visto que este colocava em risco o suprimento de força de trabalho necessária à expansão industrial e à própria estabilidade social.

Com a consolidação da medicina e dos serviços de saúde modernos, a sociedade capitalista desenvolve a possibilidade de reproduzir a força de trabalho – na dimensão da saúde-doença – mantendo praticamente inalteradas as condições de vida que a debilitam. Como o desenvolvimento capitalista, não de forma linear, mas cíclica e contraditoriamente, aumenta progressivamente os graus de exploração do trabalho, e isso se expressa em desgaste e sofrimento dos indivíduos, amplia-se também progressivamente a quantidade de respostas a serem formuladas e implementadas pelos serviços de saúde. À elevação das manifestações das contradições sociais expressas em sofrimento corresponderá uma ampliação da produção e consumo de atos e tecnologias de saúde que lhes dêem respostas, ainda que em graus insatisfatórios.

Concordamos com Illich (1975) que a dor, o sofrimento, é um limitador importante dos graus de exploração do homem pelo homem. Com a medicalização, e a “sedação” extrema da vida, os serviços de saúde colaboram indiretamente para que os indivíduos suportem a exploração em graus crescentes, visto que “O grito de desespero e o gesto de revolta são estrangulados na fonte” (ILLICH, 1975, p. 141).

O complexo médico-industrial se aproveita desse papel estrutural dos serviços de saúde e, através de sua busca incessante por lucros, colabora para amplificar a níveis surpreendentes o processo de medicalização da existência.

Sem dúvida, é o grau de desenvolvimento tecnológico expresso nos serviços de saúde contemporâneos e sua relativa eficiência em atenuar expressões do sofrimento no plano individual, ao menos em algumas de suas apresentações, que lhe proporciona a legitimidade necessária à expansão de sua interferência a praticamente todas as esferas da existência humana.

O caráter dialético da vida social torna possível que o fantástico grau de desenvolvimento alcançado pelo gênero humano, expresso, por exemplo, no desenvolvimento

científico tecnológico na área biomédica, se expresse em dois pólos unidos e opostos: por um lado, a possibilidade concreta nunca antes possível de redução do sofrimento através da produção de vidas mais saudáveis e plenas de sentido para o conjunto dos indivíduos; por outro lado, esse mesmo desenvolvimento, em razão dos pressupostos em que se alicerça, colabora para a perpetuação das relações sociais produtoras dos sofrimentos que tenta atenuar.

Pensamos que a principal questão nos colocada pela ampliação contemporânea da medicalização não é esse processo em si. Ou seja, a questão central não é a crescente apropriação da vida, e sua instrumentalização técnica, pelos serviços de saúde. A questão central é o que esse processo pode nos dizer sobre a *vida*. Que vida é essa, sob que condições se desenvolve, que a faz necessitar de cada vez mais “tratamentos” e controle em graus jamais vistos anteriormente?

Aqui discordamos de Illich. Não é o caráter industrial que incorre à sociedade uma dimensão contraprodutiva, mas algo mais profundo. É o caráter capitalista das relações sociais que, de fato, propicia o desenvolvimento da alienação, do estranhamento, entre os homens e o mundo por eles produzido (MÉSZÁROS, 2002). Por isso, as objetivações humanas voltam-se contra os sujeitos que as produzem, controlando-os, limitando-os, obstruindo-os no acesso a uma vida mais saudável e plena de sentido.

## Notas

<sup>i</sup> Angell (2011) atenta para alguns exemplos, como o da *síndrome do risco de psicose* e do *transtorno cognitivo leve*, do *espectro de transtorno obsessivo-compulsivo*, do *transtorno do espectro da esquizofrenia* e do *transtorno do espectro do autismo*.

<sup>ii</sup> O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, por exemplo, era feito até a década de 1960 predominantemente a partir dos níveis tensóricos em torno de 160/100 mmHG (LUNA, 1999). Hoje os limites de normalidade são de 139/89 mmHG. O diabetes mellitus (DM) sofreu expansão através do estabelecimento do “pré-diabetes”, com as categorias de glicemia de jejum alterada (GJA) e tolerância diminuída à glicose (TDG) a partir de 1997(SOUZA et al., 2012).

<sup>iii</sup> A caracterização do paradigma biomédico como hegemônico não despreza a existência de outros paradigmas no plano das práticas e serviços de saúde, porém delimita o espaço desses outros referenciais como significativamente minoritários.

<sup>iv</sup> Como a psiquiatria contemporânea tem se caracterizado pela tentativa de redução científico-epistemológica do psiquismo a mera manifestação da organicidade cerebral, a categoria transtorno mental expressa, no plano da subjetividade, o movimento geral de biologização da vida social pela medicina (MOYSÉS; COLLARES, 2006).

<sup>v</sup> Nesse sentido, cabe problematizar a ideia de que o “culto ao corpo” é algo de ordem subjetiva ou relacionada à indústria da estética. A nosso ver, a indústria da estética – cada vez mais ancorada no conceito de saúde – responde a necessidades materiais geradas pelas relações sociais hegemônicas que reclamam um corpo cada vez mais resistente, “menos perecível”. A própria referência de beleza passa a guiar-se por esses critérios.

## REFERÊNCIAS

- ANGELL, M. A epidemia de doença mental. *Revista Piauí*, ed. 59, agosto, 2011.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. 2013.
- AYRES, J. R. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BARRETO, M. M. S. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: EDUC, 2006.
- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.
- CLARKE, A. E. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and u. s. biomedicine. In: CONRAD, P. *The sociology of health & illness: critical perspectives*. 7th edition. New York: Worth Publishers, 2005.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, p. 209-232, aug., 1992.
- DONNANGELO, M. C. F. Saúde e Sociedade. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar., 2012.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LACAZ, F. A. C; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MÉSZÁROS, I. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.

\_\_\_\_\_. *A educação para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2005.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In: CRP-RJ (Org.). *Direitos Humanos: o que temos a ver com isso?* Rio de Janeiro: CRP-RJ, 2006. p. 153-168.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar – histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1990.

NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. *Interface*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 185-90, fev., 2003.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SOUZA, C. F. et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v. 56, n. 5, jul., 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 13, nov., 2010.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. In: CONRAD, P. *The sociology of health & illness: critical perspectives*. 7th edition. New York: Worth Publishers, 2005.

Recebido em janeiro de 2014

Aceito em março de 2014