

Estudo teórico

## Medicalização, sociedade e a lógica preventivista

## Medicalization, society and preventivist logic

## Medicalización, sociedad y lógica preventiva

Flávia Cristina Silveira Lemos<sup>1</sup> Bruno Jáy Mercês de Lima<sup>2</sup> <sup>1</sup>Autora para correspondência. Universidade Federal do Pará (Belém). Pará, Brasil. flaviacslemos@gmail.com<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará (Belém). Pará, Brasil.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** Este artigo apresenta algumas considerações sobre medicalização, sociedade e política, em especial, a partir de algumas análises dos contextos brasileiros nas relações com a saúde e a sociedade. **MÉTODO:** A metodologia utilizada foi a genealogia e a pesquisa documental a partir de Michel Foucault. **OBJETIVOS:** O texto propõe uma analítica da medicalização na problematização das políticas sociais de saúde, em algumas práticas de prevenção em controle social dos corpos. Pretende-se, neste ensaio, pensar acontecimentos em perspectiva histórica-social e política, explicitando processos medicalizantes das políticas públicas. **RESULTADOS:** A patologização das existências, inclusive nas práticas preventivistas opera efeitos psicologizantes das relações e dos corpos. A produção de diagnósticos na atenção primária em saúde e a lógica adaptacionista utilizada nos marcos legais e políticos da promoção na atenção primária em saúde.

**PALAVRA-CHAVE:** Medicalização. Promoção da saúde. Brasil. Prevenção.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** This article presents some considerations about medicalization, society and politics, especially from some analyses of Brazilian contexts in relations with health and society. **METHODS:** The methodology used was genealogy and documental research from Michel Foucault. **OBJECTIVES:** The text proposes an analysis of medicalization in the problematization of social health policies, in some prevention practices in social control of bodies. The aim of this essay is to think about events in a historical-social and political perspective, explaining medicalizing processes of public policies. **RESULTS:** The pathologization of existences, including preventivist practices, operates psychological effects of relationships and bodies. The production of diagnoses in primary health care and the adaptive logic used in the legal and political frameworks of promotion in primary health care.

**KEYWORDS:** Medicalization. Health promotion. Brazil. Prevention.

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** Este artículo presenta algunas consideraciones sobre la medicalización, la sociedad y la política, especialmente a partir de algunos análisis de los contextos brasileños en las relaciones con la salud y la sociedad. **MÉTODO:** La metodología utilizada fue la investigación genealógica y documental de Michel Foucault. **OBJETIVOS:** El texto propone un análisis de la medicalización en la problematización de las políticas sociales de salud, en algunas prácticas de prevención en el control social de los cuerpos. El objetivo de este ensayo es pensar los acontecimientos en una perspectiva histórico-social y política, explicando los procesos medicalizadores de las políticas públicas. **RESULTADOS:** La patologización de las existencias, incluidas las prácticas preventivistas, opera los efectos psicológicos de las relaciones y los cuerpos. La producción de diagnósticos en la atención primaria de salud y la lógica adaptativa utilizada en los marcos legales y políticos de promoción en la atención primaria de salud.

**PALABRA CLAVE:** Medicalización. Promoción de la salud. Brasil. Prevención.

Submetido 04/10/2021, Aceito 05/08/2022, Publicado 16/06/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e4151

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e4151>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Marilda Castelar, Mônica Daltro

Como citar este artigo: Lemos, F. C. S., & Lima, B. J. M. (2023).

Medicalização, sociedade e a lógica preventivista. *Revista Psicologia,*

*Diversidade e Saúde*, 12, e4151. [http://dx.doi.org/10.17267/2317-](http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e4151)

[3394rpd.2023.e4151](http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e4151)



## Introdução

O artigo buscou realizar um texto temático a respeito de pontos históricos da medicalização e da saúde coletiva, sobretudo, na atenção primária em saúde, no Brasil. Para tanto, partiu de um olhar genealógico e documental histórico por meio de Michel Foucault. O processo de redemocratização brasileira, no final da década de 1980, consolidou a saúde como direito garantido a cada brasileiro já na constituição. Além disso, o Estado se torna o principal financiador, articulador e executor das políticas de saúde. A saúde se torna universal, gratuita e pública. Com um sistema público antes limitado à atuação, principalmente, hospitalar (logo, com caráter biomédico e curativista) e atendendo somente aqueles que possuíam vínculo empregatício, o Estado passa a ter responsabilidade por atuar também a nível preventivo.

A Constituição Federal de 1988, em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS, através das leis [8.080/90](#) e [8.142/90](#)), garantem a cada pessoa o atendimento à saúde de forma equitativa, integral e resolutiva, para que o sujeito, ao entrar em contato com o sistema, possa acessar um conjunto de serviços que mantenham sua saúde num grau elevado, a fim de manter suas atividades e necessidades diárias. Em meio a este processo de reorientação da saúde brasileira, se percebe também uma mudança na compreensão da população sobre o que é ser saudável.

Os problemas mais comuns, que muitos de nós passamos, são percebidos como alterações a serem corrigidas: se a criança é muito “levada”, é um problema psiquiátrico/comportamental; se você não está produzindo bem, é porque não está se alimentando adequadamente ou está dormindo mal; se você se apresenta muito triste e angustiado, pode ser que esteja em depressão. As questões que são do cotidiano das pessoas passam a ser vistas como objetos de intervenção de um conjunto de saberes bastante definidos, com ferramentas, táticas e discursos próprios: à transformação dessas questões em problemas de saúde dá-se o nome de medicalização.

Entende-se que a medicalização guarda relações com saberes e poderes diversos, materializando-se a partir de tramas biopolíticas, permitindo a visibilidade deste acontecimento, ao passo que cria ferramentas e estratégias de resistências. Buscamos evidenciar que o processo de medicalização emerge em um importante momento da história da humanidade: o

nascimento das sociedades neoliberais, uma vez que surge a necessidade do controle dos corpos, também se mantendo na atualidade por meio de medicamentos, por exemplo ([Lemos, 2015](#)).

Foucault nos possibilita fazer uma genealogia do acontecimento medicalização no transcorrer dos tempos, ressaltando diversas forças que contribuíram para tal. Entretanto, é inegável que a principal instituição que colabora para tal emergência é a medicina. É a partir desta, e fortalecido pelo seu principal “braço normatizador”, a psiquiatria, que se desenvolvem orientações sobre normalidade e atuações sobre o que se considerou anormalidade.

## Medicalização, saúde e sociedade

A gênese do movimento de medicalização, conforme [Foucault](#) (1979), está ligada às aglomerações urbanas que se formam no final do século XVIII e início do século XIX. Dessa forma, evidencia-se o surgimento de práticas ditas de cuidado, como a internação, a higiene, o controle dos corpos, sob o manto da atenção à saúde ([Lemos, 2015](#)).

A medicina, então, passa a ser vista não mais como uma forma de atuação nos termos liberais, numa atuação entre as famílias abastadas, mas também como uma autoridade, utilizando-se de diversas estratégias rastreadoras de doenças dentre a população. Essa preocupação torna-se central para a atuação da medicina (e está sendo requisitada pelo Estado) frente a uma realidade de pauperização das populações, após intensa aglutinação destas em grandes centros urbanos, o que se mostrava como uma ameaça à manutenção da vida, principalmente da burguesia ascendente. O policiamento acontecia principalmente sobre estas populações, adoecidas ou não, atuando com formas prescritivas de existir no ambiente privado ([Foucault, 2010](#)).

A medicina extrapola os seus campos de atuação e passa a intervir no espaço familiar, diagnosticando os desvios e anormalidades de comportamentos, sejam estes em saúde, na moral ou na sexualidade. Opera, agora, a medicina para além das alterações orgânicas que causam sofrimento ao corpo, sua atuação permite compreender uma reestruturação do pensamento médico tomando a saúde num sentido mais amplo, a fim de produzir corpos saudáveis, mas também

docilizados para a manutenção da produção elevada numa economia crescentemente marcada pela industrialização, que necessita de mão de obra operária para dar conta da produção de excedente de riqueza. Vislumbramos, então, o surgimento da biopolítica: conjunto de estratégias para o controle da vida, com a finalidade de manter o sistema produtivo e, ao mesmo tempo, continuar produzindo e mantendo um conjunto considerável de sujeitos, a maioria da população, na pobreza, assim fortalecendo a manutenção do controle desta.

[Amarante](#) (2007), já no Brasil, revela que este processo ocorre na passagem do século XIX para o século XX: a industrialização tardia só começa a ser impulsionada com a chegada de mão de obra barata estrangeira, principalmente italiana (em fuga da Guerra), que já se fazia presente nas lavouras de grandes fazendeiros latifundiários, principalmente dos estados de São Paulo e Minas Gerais (a mesma casta que causou também a postergação da industrialização brasileira, por se sentir ameaçada economicamente), sendo alocada nos grandes complexos industriais e portuários em desenvolvimento, marcando o caráter exportador do Brasil.

Entretanto, este mesmo processo fez com que muitas famílias, que antes estavam trabalhando nas lavouras, passassem a buscar espaços de moradia nos centros urbanos em ascensão, como a capital de São Paulo e Rio de Janeiro, fazendo eclodir diversos espaços pouco urbanizados, sem esgotamento sanitário e água potável, denotando bem as condições de existência das populações pauperizadas.

As condições de vida do povo pobre começam a mostrar ameaças ao sistema em consolidação: as doenças como cólera, tísica, sarampo, hanseníase, tuberculose, dentre outras, começam a fazer milhares de vítimas. Além disso, a transmissibilidade é potencializada não somente pelas condições de vida e moradia, como também pela insalubridade dos espaços de produção industrial, o que leva à morte muitos trabalhadores/as fabris, impactando diretamente na produção ([Foucault](#), 1979).

É nesse processo histórico que a medicina passa a atuar sobre outras demandas. Até então, os espaços íntimos das famílias abastadas eram de predileção para atuação destes profissionais. Aos pobres, restava recorrer às igrejas, através das Santas Casas de Misericórdia, às curandeiras, benzedadeiras, parteiras.

Porém, frente às novas demandas, essas práticas em saúde não estavam gerando resposta satisfatória.

Diante de tal ameaça, o Estado foi pressionado pela burguesia industrial para intervir e efetivar políticas que diminuíssem tal risco. A medicina, no Brasil, adentra as políticas de Estado na saúde através da vacinação obrigatória (início de 1900), organizando estratégias de combate de inspiração militarista: as chamadas campanhas. Tais estratégias eram determinadas a partir da aferição dos objetivos/metastas a serem alcançados considerando o diagnóstico situacional das condições de vida desta população.

Entretanto, a inspiração militar não se resumiu ao nome: diversas práticas violentas foram registradas sobre os pobres como estupros, mortes por estrangulamento, violência moral, dentre outros, além do toque de recolher, que anunciava o horário em que os comércios deveriam fechar e as pessoas deveriam retornar às suas casas, mostrando o caráter de estado de exceção, além da forma como era tratado um problema de saúde pública ([Foucault](#), 1979). Percebemos, a partir de [Foucault](#) (2010), que a biopolítica operada pela medicalização possui, no Brasil, traços marcadamente violentos que nos levam a refletir sobre as atuações de médicos até a atualidade, com caráter disciplinador, destacando que esta forma de atuação também não se resume a estes profissionais, pois qualquer forma de tutela sobre o corpo se configura como tal.

[Luz](#) (1991) destaca que, frente às formas de violência e à falta de um processo informativo para a população por parte do Estado, começam a pulular diversas práticas de resistências, sendo mais fortalecida a do Rio de Janeiro. Este episódio ficou conhecido como Revolta da Vacina: foi um movimento social de caráter contestatório frente ao Estado, que exigia melhor tratamento para com a população mais pobre da cidade, haja vista que, além das diversas violências sofridas, muitas famílias estavam sendo expulsas de suas moradias, sob a justificativa de serem espaços contaminados. Estas prerrogativas serviram, em grande parte, para facilitar especulação imobiliária, pois muitas destas moradias estavam no centro urbano, áreas de comércio, empresariais ou com interesse de moradias luxuosas para a burguesia crescente. Casas queimadas, violências, desapropriações: essas eram as práticas que fizeram o povo pobre se posicionar contra o Estado. Sendo então derrotado, após mortes em confrontos e intensificação das manifestações,

o Estado foi obrigado a rever tais práticas, demonstrando a vitória do movimento. Esse acontecimento corrobora com o caráter bélico e antagônico que as relações de poder podem expressar ao se manifestarem também resistências ou contrapoderes, como nos aponta [Foucault](#) (2004).

Nas duas primeiras décadas dos anos de 1900, já se percebe um conjunto de serviços que resultaram das reivindicações populares da Revolta da Vacina: surgem os Centros de Saúde, popularmente conhecidos como postos de saúde, nas cidades do Nordeste e Sudeste, inicialmente, com a finalidade de atuar sobre, principalmente, a mortalidade infantil e materna, condições sanitárias e combate às doenças prevalentes ([Bahia](#), 2011). Desta forma, a medicina, através agora de um serviço de caráter comunitário, começa a desenvolver práticas de controle da vida (biopolítica) nos espaços reservados à família, sobre os corpos.

A família passa a ser o centro de atuação da medicina chamada comunitária. Não é à toa que um dos principais programas que surgem na década de 1990 se chama Programa Saúde da Família. Ainda que sendo um avanço significativo nas políticas de saúde brasileira, não podemos perder de vista que tem se configurado como um instrumento normatizador de condutas, exprimindo e impondo formas de existência baseadas nos ideários higienistas de outrora, a partir da conjugação de valores burgueses, entretanto, para os mais pobres. Esta historicização da construção da Atenção Básica no Brasil será feita a seguir para que compreendamos a intersecção deste conjunto de serviços com a medicalização enquanto biopolítica.

Destacamos que aqui não se busca fazer um debate sobre o que é bom ou ruim. [Foucault](#) (2015) nos alerta que este tipo de dicotomia não nos auxilia numa análise precisa do acontecimento em estudo. Tal dicotomia atrapalha o pesquisador genealogista, uma vez que não permite encontrar os pontos de não linearidade dos processos históricos em análise, o que pode incorrer em erro de deixarmos análises e acontecimentos de lado, ao mesmo tempo que não é uma tarefa dar conta de todos os atravessamentos que contribuíram para tal emergência e formar uma espécie de compêndio ou manual sobre o assunto.

Essas análises podem ser infundáveis e novas informações podem surgir (como vem acontecendo e sendo mostradas em diversas pesquisas), o que

impacta diretamente sobre a compreensão que podemos ter de um dado objeto de estudo na atualidade. Dessa forma, meu intuito é desnudar o acontecimento, tomando posição, sim, de crítica e possibilidades de superação a partir da análise genealógica do acontecimento.

A partir da década de 1910, o Brasil começa a apresentar a efervescência de movimentos sociais trabalhistas. Impulsionados pela Revolução Russa (1917), o povo pressiona o governo com reivindicações para a melhoria do quadro de saúde das famílias pobres. Entretanto, na história brasileira, sempre que temos ascenso de movimentos populares, ocorrem interrupções com ditaduras ou criminalização destes, ainda que em governos ditos democráticos. Isso ocorre, por exemplo, no período Getulista e na ditadura militar (1964-1985). Ainda que com estes “freios”, os movimentos sociais em saúde mantiveram-se, e na década de 1970, em meio à ditadura brasileira, ocorre a reorganização destes após a perseguição política do Estado, forçando-o a manter e ampliar o acesso à saúde (passando a atender trabalhadoras rurais, por exemplo). Ainda assim, havia grande precariedade nos serviços e atendimentos.

A maior parte dos recursos era destinada à iniciativa privada, seja por via de financiamento de construções de grandes centros hospitalares (influenciados pela política de saúde estadunidense) ou pelo repasse de verbas para convênios com corporações médicas, que atuavam dentro do modelo biomédico, de forma prescritiva, biologicista, curativista e impositiva, sem diálogo com a realidade socioeconômica, com pouca efetividade nas ações de saúde, considerando que o Brasil, além de ainda manter índices alarmantes de outrora, já convivía com doenças crônicas em emergência e franco crescimento, como diabetes e hipertensão, impulsionados pela reconfiguração das relações econômicas e sociais do país na segunda metade do século XX ([Foucault](#), 1979).

Os centros de saúde do início do século XX passam a assumir outras funções no território de atenção/atendimento, compondo o que se convencionou chamar de Atenção Básica. O principal instrumento dessa política passa a operar, a partir da década de 1990, como Programa Saúde da Família (PSF, que após alterações, será chamado de Estratégia Saúde da Família – ESF). Esta nova forma de atuação tem como premissa a atuação nos domicílios, através da visita domiciliar, fazendo diagnóstico e

acompanhamento do quadro de saúde da população definida no território, priorizando aqueles que possuem menor qualidade de vida.

Há um movimento de centralização de um modelo de atenção de caráter curativo da Atenção Básica (AB), em detrimento daquilo que foi defendido outrora pelos movimentos populares de saúde na década de 70, tais como: o Movimento Sanitarista. Trata-se de uma pressão biologicista de cunho biomédico ou médico-centrado, operando na política de saúde coletiva com o objetivo de fazer retornar a lógica preventivista biomédica em articulação com a curativa de tratamento nas atuações das equipes e instrumentos de atuação da AB, sendo que a análise presente neste artigo é a de colocar em xeque a lógica biopolítica consolidada nas alterações feitas, nos últimos anos da legislação voltada à promoção da saúde no Brasil.

Isso corrobora com Foucault (2008) ao asseverar que a biopolítica surge como uma necessidade de controlar as pessoas, evitar fugas do que se considera normalidade, patológico e desviante. Assim, orquestra-se um conjunto de práticas que objetivam adestrar corpos, a fim de torná-los produtivos e dóceis para a produção no capitalismo. Sendo assim, a medicalização da vida se encontra nesse bojo, uma vez que disciplina as pessoas e as “encaixa” na lógica de produção: adentra-se e deixa-se ser adestrado em nome de uma racionalidade produtiva, geradora de riqueza, através do trabalho. E isso ocorre na atenção básica, considerando que o conjunto de estratégias interventivas utilizadas pela equipe de saúde tem atravessamentos moralizantes e calcados nos ideários da burguesia sobre como existir, relacionar-se e produzir.

Compreende-se que medicalização é um processo de transformar questões não-médicas, perceptivelmente de origem social e política, em problemas médicos. É uma racionalidade estruturada a partir de um conjunto de conhecimentos de base positivista que individualizam um problema de ordem social/relacional/político/afetivo, apresentando, então, um conjunto de intervenções sobre o corpo “doente”, resultantes do diagnóstico de alterações orgânicas - anatomopatológicas, fisiológicas, neuronais (Foucault, 1979).

Questões como o chamado “comportamento hiperativo” de crianças em escolas, ações violentas (seja no plano individual ou coletivo), questões até mesmo ligadas à religiosidade (como a mediunidade), passam

a ser estudadas pela medicina partindo de uma concepção de caráter desviante dessas ações (anômalos, estranhos, anormais). A criança passa a ser objeto de estudo se ela se apresenta muito agitada na escola; o sofrimento psicológico é “abafado” a partir da prescrição farmacológica, entre outros. A medicina (porém, não somente esta), então, ganha status de ciência do social, classificando e categorizando condutas e servindo para a definição e implementação de políticas públicas: é o governo dos vivos.

Numa sociedade que preza pelo controle a partir da implementação de regras de conduta, padrões normativos, maneiras de como as pessoas devem agir e crianças se desenvolver, tudo passa a ser diagnosticável e rotulável. Consequência disto é o crescente número de diagnósticos médicos sobre características do ser humano que até bem pouco tempo eram vistas como normais. A tristeza passa a ter uma descrição bastante acurada e é chamada de depressão; a insônia, que inclusive é bastante relacionada ao processo criativo das pessoas, passa a ser tratada como distúrbio do sono, além de outros descritores que surgem a partir da verificação e matematização da existência. Problemas que são eminentemente sociais passam a possuir status biológico/patológico, esquadrinhando diversos “métodos de tratamento”, que prezam por uma “cura” baseada nas análises de causa-efeito, desconsiderando o caráter cultural, social, do ser humano (Lima & Lima, 2010).

A criação, então, de diagnósticos e normas passa a ter repercussões sobre os diversos campos da seguridade social, por exemplo a saúde e a educação. Esta última, apresentando diversas problemáticas, passa a ser atravessada pelos diagnósticos e patologias, definindo a capacidade dos alunos para o processo escolar. Surge, então, a ideia de fracasso escolar, entretanto, não como resultante de forças que atravessam a instituição escola, mas como uma atribuição específica e exclusivamente dado ao aluno. O aluno fracassado passa a ser entendido como um sujeito com problemas de saúde, logo, devendo ser tratado. Então, por exemplo,

*Alunos que apresentam problemas na escrita, na leitura, na concentração das aulas e atividades, acabam rapidamente sendo diagnosticados pela ótica medicalizante do professor, como sendo alunos portadores de algum transtorno de aprendizagem (doenças do não-aprender), logo, esses alunos precisam de tratamento para evitar o fracasso escolar,*

*imediatamente são encaminhados a profissionais que são habilitados a constatarem tais transtornos. Problemas de tal ordem, eram interpretados apenas como desinteresse ou dificuldade a ser superada, hoje, são vistos como patologias (Lima & Lima, 2010, p. 2).*

Vemos, assim, o nascimento de um conjunto de saberes e poderes em torno da medicalização da vida. Profissões que anteriormente estavam preocupadas em realizar o combate às doenças, passam a possuir o poder de normalizar. Todo um arranjo complexo é formado em torno da escola. Especializações, linhas de pesquisas e instrumentais surgem a fim de verificar, mensurar as crianças e determinar o nível do seu fracasso. Os saberes produzem suas próprias patologias e formas de tratamento, justificando suas existências e necessidades de intervenção nos diversos meios sociais (Lemos, 2015).

Em um estudo realizado por Lima & Lima (2010), as autoras denotaram que muitas obras não apresentam claramente uma definição sobre o que significa a medicalização. Há muitas dificuldades em apresentar de forma concisa este acontecimento. Por outro lado, outros trabalhos apresentam a relevância do social e cultural nas análises, o que demonstra uma crítica severa à forma como vêm sendo patologizadas algumas condutas e revelando a necessidade de um olhar mais sistêmico sobre tal acontecimento. De qualquer forma, fica denotada a necessidade ainda de realizar estudos sobre o discurso da medicalização a fim de desconstruir práticas biologizantes/medicalizantes tidas como normais.

A medicalização está presente nas transformações de diversos campos do saber, notadamente, as práticas de atualização da medicina, da psiquiatria e ainda algumas vertentes da psicologia. Esses campos dos saberes passam a utilizar de métodos e técnicas para gerir a vida coletiva, utilizando discursos e tecnologias que medicalizam as existências (Amarante, 2007). Entretanto, vale ressaltar que, diferente do que se via a séculos atrás, o controle atualmente é realizado de forma mais sutil (ou sofisticado, podemos dizer). A figura do médico, por exemplo, exerce uma biopolítica ao adicionar na sua prática a farmacologização, entretanto, esse acontecimento não ocorre de forma aleatória. Diversos dispositivos são acionados para fazer com que tal prática seja legitimada: o uso do marketing, por exemplo, empresas farmacêuticas, universidades, os próprios usuários,

passam a fortalecer tal prática a partir de uma definição de um campo do saber. A ideia de anormal passa a atravessar o saber da medicina: ideias como de tristeza, angústia, passam a ter status de adoecimento (depressão), com classificação e descrição bastante definida. Sendo a preocupação, então, com a descrição do comportamento, a preocupação com o status social, antropológico, perde sentido na linha de análise ou é relegado à “menos científico”, já que não se pode prever, mensurar, atuar sobre (Foucault, 2008).

Dessa forma, esses dispositivos anteriormente citados, imbricados na legitimação da farmacologização das condutas (uma das formas de medicalização), por exemplo, se reorganizam para apresentar soluções mágicas para problemas criados como problemas de saúde. Essas redes de saber-poder atravessam nossos corpos e subjetividades, transformando os afetos em mercadorias. A subjetividade passa a ser vista como produto: vende-se uma ideia de subjetividade livre dos aspectos negativos que fazem parte do cotidiano das pessoas. Isso nos mostra o poder da indústria farmacêutica e o quanto as pessoas internalizam o discurso dessas empresas.

Podemos então acrescentar, portanto, que a medicalização é todo processo que objetiva explicar modos de vida pela abordagem organicista, patologizante, desconsiderando os aspectos que interferem nos processos de subjetivação e os aspectos políticos do cotidiano das pessoas. Há, então, claramente, um reducionismo da forma de análise de um processo que guarda dimensões muito mais abrangentes. Cotidianamente, é realizado um esquadrinhamento das subjetividades neoliberais: o surgimento de falhas e incertezas reforça a necessidade dessas técnicas de governo de condutas, com base na normalização. Assim, Foucault (1999) mostra que o controle se faz em forma de biopolítica, uma vez que vai forçar a produção de corpo úteis à tecnologia desenvolvida na produção e acumulação de riqueza.

Não está restrito ao campo da psicologia o estudo sobre a medicalização. Ela tem sido alvo de estudo de diversos campos dos saberes (ciências humanas, sociais, biológicas, por exemplo), criando uma rede de relações que se estende como um rizoma na construção desse estudo. Fazem, então, alguns, o movimento inverso de outrora: deslocam-se do campo da medicina a forma de analisar o acontecimento para poder mostrar os emaranhados de teias que cercam essa construção e o quanto ela possui de impacto na vida da população.

Neste movimento, buscou-se acompanhar a crítica ao processo de medicalização da sociedade. Na Alemanha, tinha surgido a medicina de Estado, que tinha como principal forma de atuação uma polícia médica, objetivando a construção de um saber médico do Estado e a normalização da profissão do médico. Também era proposta na medicalização do Estado, a subordinação da medicina às instituições médicas reguladas pelo Estado (Foucault, 1979).

Ainda com Foucault (1979), já na França, a medicina urbana estrutura-se de acordo com um plano de organização sanitária e disciplinar dos espaços das cidades (a higiene pública). Esse campo da medicina desenvolveu tecnologias que objetivavam garantir a segurança da população frente a riscos de saúde tipicamente do meio urbano (cemitérios, por exemplo, ou água e ar).

Por fim, a terceira prática, definida na Inglaterra, é a medicina da força de trabalho. Como o próprio nome já sugere, começou a ver os pobres como um perigo político e sanitário. A medicalização, então, opera a partir da expansão dos domínios das tecnologias positivistas de poder na idade, no Estado e sobre os corpos dos trabalhadores (Foucault, 1979).

O exemplo desses nascimentos é o higienismo, entendido como um desdobramento da medicina social, apoiando-se como uma prática em saúde, mas que se apoia em processos econômicos e sociais. As intervenções realizadas por esse movimento tinham como foco a família e a criação dos filhos, desenvolvendo prescrições para gerenciar as condutas dentro da vida privada. Isso é comumente revelado, por exemplo, nos acessos a serviços estatais de saúde e educação, além de distribuição de renda, definindo critérios a serem atendidos pelas famílias para acessarem direitos.

Sendo assim, fica explicitada a relevância da realização deste estudo, uma vez que, por si só, a temática da medicalização atravessa a constituição dos saberes e práticas profissionais, além de estar em permanente atravessamento pelo corpo das pessoas. Justifica-se a realização deste estudo a partir da necessidade da problematização das ações medicalizantes presentes na atenção básica, e, tendo como perspectiva a construção de conhecimentos que promovam autonomia das pessoas, este estudo se faz importante para divulgação dos saberes contra-hegemônicos que estão sendo produzidos em diversos espaços de debates e construções coletivas de resistências, gerando, assim, para os serviços de saúde, uma releitura de suas práticas e

formas de gerenciamento das vidas, podendo impactar na qualidade de atendimento à população.

## Considerações finais

O artigo buscou pensar as práticas de medicalização da vida e da existência por meio da captura histórico-genealógica da promoção da saúde por meio da lógica preventivista. Um conjunto de mudanças e transformações na concepção de saúde permitiu acirrar processos medicalizantes em função da ampliação das práticas biomédicas no cotidiano das experiências de cuidado à população brasileira.

O discurso da manutenção da vida se efetiva com práticas e técnicas que influenciam processos biológicos, estes até podem se modificar se forem do interesse para a conservação da produção. A principal função da consolidação dos saberes está a serviço da submissão da população a técnicas interventivas sobre o corpo coletivo, realizando assim o controle da espécie humana. A população passa a ser um problema e nesse sentido, são criadas formas de regulamentação da vida, através do controle de processos biológicos, como as vacinas e outros medicamentos, e assim garante-se o futuro (Foucault, 2015). Pode-se exemplificar com o controle de natalidade, os exames dos recém-nascidos, o acompanhamento escolar, a produtividade no trabalho, a saúde na atenção básica.

Nos discursos sobre os perigos de morte eminente, é possível o Estado adquirir poder para exercer controle, para interferir e se apropriar de processos biológicos a fim de modificá-los. Assim, Foucault nomeia esta forma de controle e de poder como 'biopolítica'. Os objetos de intervenção se modificam e se criam saberes para o exercício do controle sobre a população. Isto a partir de dados estatísticos produzidos pela ciência, transformando processos biológicos em números, modificando as noções de normalidade. O corpo passa a ser descrito com precisão, estatisticamente vamos tratar de taxas, de criminalidade, longevidade, natalidade e outros. As pessoas passam a ser números com depressão, fora do mercado de trabalho, bem como todos os dados produzidos passam a ser detalhados e vão fazer parte de manuais, artigos científicos que dentro de uma perspectiva biopolítica servirão em última instância para produzir saberes que possuem também a função de controle da população (Foucault, 2010).

Esse processo culmina quando a população passa a ser objeto de intervenções do Estado, aspecto que caracteriza a modernidade biológica. A existência humana passa a ser alvo de uma política (Foucault, 2015). E o poder sobre a vida da população estará normatizado, apenas necessitando de mecanismos corretivos e reguladores para operar. Dessa forma as tecnologias de poder que visam o controle da vida se expressarão nesse contexto social normalizador. Conforme cita Danner:

*Foi a norma que conseguiu estabelecer um elo entre o elemento disciplinar do corpo individual (disciplinas) e o elemento regulamentador de uma multiplicidade biológica (biopoder). A norma é tanto aquilo que se pode aplicar a um corpo que se deseja disciplinar como a uma população que se deseja regulamentar. A sociedade de normalização é uma sociedade onde se cruzam a norma disciplinar e a norma da regulamentação. (Danner, 2010, p. 155).*

Segundo Foucault (2010), se estabeleceu uma normalização na sociedade que abarca desde aspectos orgânicos aos biológicos, do corpo individual ao corpo coletivo, por meio de regulamentações constantes e mudanças normatizadoras. A biopolítica passa a ser uma ferramenta para solucionar objetivamente os problemas cujas demandas devem ser resolvidos pelo Estado em nome de uma governabilidade, isto sob um discurso que objetiva a retardar a estruturação do capitalismo. O controle biopolítico, surge como um escudo econômico, entretanto são estimulados pelo mercado, que responde às demandas do capital. É possível observar uma inversão no papel do Estado, este passa a operar para o mercado. E dessa maneira a economia, o capital, e o próprio mercado passam a ser o principal propósito de existência do Estado.

## Contribuições dos autores

Lima, B. J. M. concebeu e estruturou o texto inicial. Lemos, F. C. S. trabalhou nos resumos, desenvolvimento dos tópicos, edição do texto e considerações finais.

## Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Fiocruz.
- Bahia, L. (2011). A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In N. Santos, & P. Amarante (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Cebes.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Presidência da República. Casa Civil. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Danner, L. F. (2010). Ocaso da sociedade civil e de seus movimentos: sobre a perda de efetividade da cidadania política nas democracias ocidentais. *Philosophos*, 15(2), 103-127. <https://revistas.ufg.br/philosophos/article/view/8443/pdf>

- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* [R. Machado, Trad.]. 27ª ed. Graal. (Texto originalmente publicado em 1978)
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir: a história da violência nas prisões* [R. Ramalheite, Trad.]. Vozes. (Texto originalmente publicado em 1975).
- Foucault, M. (2004). *A ordem do discurso: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970* [L. Fraga, & A. Sampaio, Trads.]. Edições Loyola. (Texto originalmente publicado em 1971).
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território e população* [E. Brandão, Trad.]. Martins Fontes. (Texto originalmente publicado em 1978).
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* [M. E. Galvão, Trad.]. Martins Fontes. (Texto originalmente publicado em 1976).
- Foucault, M. (2015). *História da Sexualidade 1: a vontade de saber* [M. T. C. Albuquerque, & J. A. G. Albuquerque, Trads.]. 2ª ed. Paz e terra. (Texto originalmente publicado em 1976).
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)
- Lemos, F. C. S. (2015). *O controle da vida: práticas de conselheiros tutelares*. Appris.
- Lima, B. J. M., & Lima, A. M. (2010). *As Fundações Estatais de Direito Privado e seus reflexos sobre o mundo do trabalho do Enfermeiro* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Estado do Pará].
- Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100004>