

Estudio teórico

## Medicalización, sociedad y lógica preventiva

## Medicalização, sociedade e a lógica preventivista

## Medicalization, society and preventivist logic

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.

**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.

**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.

Presentado 04/10/2021, Aceptado 05/08/2022, Publicado xx/xx/2023

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

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

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Marilda Castelar, Mônica Daltró

Cómo citar este artículo: Lemos, F. C. S., &amp; 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/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4151)[3394rpsds.2023.e4151](http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4151)

## Introducción

El artículo buscó realizar un texto temático sobre puntos históricos de la medicalización y la salud colectiva, especialmente en la atención primaria de salud en Brasil. Para ello, partió de una mirada documental genealógica e histórica a través de Michel Foucault. El proceso de redemocratización brasileño, a fines de la década de 1980, consolidó la salud como un derecho garantizado a todo brasileño ya en la constitución. Además, el Estado se convierte en el principal financiador, articulador y ejecutor de las políticas de salud. La salud se vuelve universal, gratuita y pública. Con un sistema público antes limitado a actuar principalmente en los hospitales (por lo tanto, con un carácter biomédico y curativo) y atendiendo solo a quienes tenían una relación laboral, ahora el Estado tiene la responsabilidad de actuar también a nivel preventivo.

La Constitución Federal de 1988, junto con el Sistema Único de Salud (SUS, a través de las leyes [8.080/90](#) y [8.142/90](#)), garantizan a cada persona la atención a la salud de manera equitativa, integral y resolutive, a fin de que el sujeto, al contactarse con el sistema, puede acceder a un conjunto de servicios que mantienen su salud en un alto nivel, con el fin de mantener sus actividades y necesidades diarias. En medio de este proceso de reorientación de la salud brasileña, también se percibe un cambio en la comprensión de la población sobre lo que significa estar sano.

Los problemas más comunes, por los que pasamos muchos de nosotros, se perciben como cambios a corregir: si el niño es muy "duro", es un problema psiquiátrico/conductual; si no estás produciendo bien es porque no estás comiendo bien o porque estás durmiendo mal; si pareces muy triste y angustiado, es posible que estés deprimido. Cuestiones que forman parte del cotidiano de las personas pasan a ser vistas como objetos de intervención de un conjunto de saberes bien definidos, con herramientas, tácticas y discursos propios: la transformación de esas cuestiones en problemas de salud se llama medicalización.

Se entiende que la medicalización está relacionada con diferentes saberes y poderes, materializándose a partir de tramas biopolíticas, permitiendo la visibilización de este acontecimiento, al tiempo que crea herramientas y estrategias de resistencia. Buscamos mostrar que el proceso de medicalización surge en un momento importante de

la historia humana: el nacimiento de las sociedades neoliberales, pues surge la necesidad de controlar los cuerpos, manteniéndose también hoy a través de la medicación, por ejemplo ([Lemos, 2015](#)).

Foucault nos permite hacer una genealogía del evento de medicalización a lo largo del tiempo, destacando varias fuerzas que contribuyeron a ello. Sin embargo, es innegable que la principal institución que colabora para tal emergencia es la medicina. Es desde esta perspectiva, y fortalecida por su principal "brazo normalizador", la psiquiatría, que se elaboran lineamientos sobre la normalidad y acciones sobre lo que se consideraba anormal.

## Medicalización, salud y sociedad

La génesis del movimiento de medicalización, según [Foucault \(1979\)](#), está ligada a las aglomeraciones urbanas que se formaron a finales del siglo XVIII y principios del XIX. Así, se evidencia el surgimiento de las llamadas prácticas de cuidado, como la hospitalización, la higiene, el control de los cuerpos, bajo el manto del cuidado de la salud ([Lemos, 2015](#)).

La medicina, entonces, ya no es vista como una forma de acción en términos liberales, actuando entre las familias adineradas, sino también como una autoridad, utilizando diversas estrategias para rastrear las enfermedades entre la población. Esta preocupación se torna central para el desempeño de la medicina (y está siendo solicitada por el Estado) ante una realidad de empobrecimiento de las poblaciones, luego de una intensa agregación de estas en los grandes centros urbanos, que resultó ser una amenaza para el mantenimiento de la vida, especialmente de la burguesía naciente. La actuación policial se realizaba principalmente sobre estas poblaciones, enfermas o no, actuando con formas prescriptivas de existir en el ámbito privado ([Foucault, 2010](#)).

La medicina extrapola sus campos de acción y pasa a intervenir en el espacio familiar, diagnosticando desviaciones y alteraciones del comportamiento, ya sea en la salud, la moral o la sexualidad. La medicina ahora opera más allá de los cambios orgánicos que causan sufrimiento al cuerpo, su actuación permite comprender una reestructuración del pensamiento médico tomando la salud en un sentido más amplio, con el fin de producir cuerpos

sanos, pero también dóciles para mantener una alta producción en una economía cada vez más marcada por la industrialización, que necesita trabajo manual para manejar la producción de riqueza excedente. Visualizamos, entonces, el surgimiento de la biopolítica: un conjunto de estrategias de control de la vida, con el objetivo de mantener el sistema productivo y, al mismo tiempo, seguir produciendo y manteniendo un número considerable de sujetos, la mayoría de la población, en la pobreza, así que se fortalece manteniendo el control de la misma.

[Amarante](#) (2007), ya en Brasil, revela que este proceso se da a finales del siglo XIX para el siglo XX: la industrialización tardía solo comienza a impulsarse con la llegada de mano de obra extranjera barata, principalmente italiana (que huye de la Guerra), que ya estaba presente en las cosechas de los grandes terratenientes, principalmente en los estados de São Paulo y Minas Gerais (la misma casta que también provocó la postergación de la industrialización brasileña, por sentirse económicamente amenazada), siendo destinada en las grandes industrias y portuarias complejas en desarrollo, marcando el carácter exportador de Brasil.

Sin embargo, este mismo proceso significó que muchas familias, que antes trabajaban en el campo, comenzaron a buscar espacios de vivienda en centros urbanos en ascenso, como la capital de São Paulo y Rio de Janeiro, dando lugar a varios espacios menos urbanizados, sin agotamiento, saneamiento y agua potable, denotando claramente las condiciones de existencia de las poblaciones empobrecidas.

Las condiciones de vida de los pobres empiezan a amenazar el sistema en consolidación: enfermedades como el cólera, tisis, sarampión, lepra, tuberculosis, entre otras, empiezan a cobrar miles de víctimas. Además, la transmisibilidad se ve potenciada no solo por las condiciones de vida y vivienda, sino también por las condiciones insalubres de la producción industrial, lo que lleva a la muerte de muchos trabajadores de las fábricas, impactando directamente en la producción ([Foucault](#), 1979).

Es en este proceso histórico que la medicina pasa a actuar sobre otras demandas. Hasta entonces, los espacios íntimos de las familias adineradas eran los preferidos para que estos profesionales trabajaran. A los pobres sólo les quedaba volverse a las iglesias,

a través de las Santas Casas de Misericórdia, a los curanderos, curanderos, comadronas. Sin embargo, ante las nuevas demandas, estas prácticas sanitarias no estaban generando una respuesta satisfactoria.

Ante tal amenaza, el Estado fue presionado por la burguesía industrial para intervenir e implementar políticas que redujeran tal riesgo. La medicina, en Brasil, entró en las políticas de salud del Estado a través de la vacunación obligatoria (principios de 1900), organizando estrategias de combate de inspiración militarista: las llamadas campañas. Dichas estrategias se determinaron a partir de la evaluación de los objetivos/metas a alcanzar considerando el diagnóstico situacional de las condiciones de vida de esta población.

Sin embargo, la inspiración militar no se limitó al nombre: se registraron varias prácticas violentas contra los pobres, como violaciones, muertes por estrangulamiento, violencia moral, entre otras, además del toque de queda, que anunciaba la hora a la que debían cerrar los negocios. y las personas debían regresar a sus hogares, mostrando el carácter de un estado de excepción, además de la forma en que se trataba un problema de salud pública ([Foucault](#), 1979). Percibimos, a partir de [Foucault](#) (2010), que la biopolítica operada por la medicalización tiene, en Brasil, rasgos marcadamente violentos que nos llevan a reflexionar sobre la actuación de los médicos hasta el presente, con carácter disciplinario, destacando que esa forma de actuación también hace no se reduce a estos profesionales, ya que cualquier forma de protección sobre el cuerpo se configura como tal.

[Luz](#) (1991) señala que, ante las formas de violencia y la falta de un proceso de información a la población por parte del Estado, comienzan a pulular diversas prácticas de resistencia, siendo las más fuertes en Río de Janeiro. Este episodio se conoció como la Revuelta de las Vacunas: se trató de un movimiento social contestatario contra el Estado, que exigía un mejor trato para la población más pobre de la ciudad, dado que, además de las diversas violencias sufridas, muchas familias estaban siendo expulsadas de la ciudad. sus viviendas, bajo la justificación de ser espacios contaminados. Estas prerrogativas sirvieron, en gran parte, para facilitar la especulación inmobiliaria, ya que muchas de estas viviendas se encontraban en el centro urbano, zonas comerciales, de negocios o con interés de viviendas de lujo para la creciente burguesía. Casas quemadas, violencia, expropiaciones: estas fueron las prácticas que

hicieron que los pobres tomaran posición contra el Estado. Siendo entonces derrotado, luego de muertos en enfrentamientos e intensificación de manifestaciones, el Estado se vio obligado a revisar tales prácticas, demostrando la victoria del movimiento. Este hecho corrobora el carácter belicoso y antagónico que pueden expresar las relaciones de poder cuando también se manifiestan resistencias o contrapoderes, como señala [Foucault](#) (2004).

En las dos primeras décadas del 1900, ya se aprecia un conjunto de servicios que resultaron de los reclamos populares de la Revuelta de las Vacunas: los Centros de Salud, popularmente conocidos como puestos de salud, aparecieron en las ciudades del Nordeste y Sudeste, inicialmente con el fin de actuar, principalmente, sobre la mortalidad infantil y materna, las condiciones sanitarias y el combate a las enfermedades prevalentes ([Bahia](#), 2011). De esta manera, la medicina, ahora a través de un servicio de carácter comunitario, comienza a desarrollar prácticas de control de la vida (biopolítica) en los espacios reservados a la familia, sobre los cuerpos.

La familia se convierte en el centro de acción de la llamada medicina comunitaria. No es casual que uno de los principales programas que surgieron en la década de 1990 se denominó Programa de Salud de la Familia. A pesar de ser un avance significativo en las políticas de salud brasileñas, no podemos perder de vista que se ha configurado como un instrumento normalizador de conducta, expresando e imponiendo formas de existencia basadas en los ideales higienistas de antaño, basados en la combinación de valores burgueses, sin embargo, para los más pobres. Esta historización de la construcción de la Atención Primaria en Brasil se hará a continuación para que comprendamos la intersección de este conjunto de servicios con la medicalización como biopolítica.

Resaltamos que aquí no buscamos tener un debate sobre lo que es bueno o malo. [Foucault](#) (2015) nos advierte que este tipo de dicotomías no nos ayudan en un análisis preciso del evento en estudio. Tal dicotomía dificulta al investigador genealogista, ya que no permite encontrar los puntos de no linealidad de los procesos históricos bajo análisis, lo que puede inducir al error de dejar de lado los análisis y los acontecimientos, al mismo tiempo que no es una tarea dar cuenta de todos ellos, los cruces que contribuyeron a tal surgimiento y conformar una especie de compendio o manual sobre el tema.

Estos análisis pueden ser interminables y puede surgir nueva información (como ha venido ocurriendo y demostrándose en varios estudios), lo que impacta directamente en la comprensión que podemos tener de un determinado objeto de estudio en la actualidad. De esta forma, mi intención es desnudar el acontecimiento, asumiendo una posición, eso sí, de crítica y posibilidades de superación desde el análisis genealógico del acontecimiento.

A partir de la década de 1910, Brasil comenzó a mostrar la efervescencia de los movimientos sociales laborales. Impulsado por la Revolución Rusa (1917), el pueblo presionó al gobierno con demandas para la mejora de la situación de salud de las familias pobres. Sin embargo, en la historia brasileña, cada vez que surgen movimientos populares, hay rupturas con las dictaduras o su criminalización, incluso en los llamados gobiernos democráticos. Esto ocurre, por ejemplo, en el período getulista y en la dictadura militar (1964-1985). Aún con estos “frenos”, los movimientos sociales en salud se mantuvieron, y en la década de 1970, en plena dictadura brasileña, hubo una reorganización de estos tras la persecución política al Estado, obligándolo a mantener y ampliar el acceso a la salud (empezar a atender a los trabajadores rurales, por ejemplo). Aun así, existía una gran precariedad en los servicios y la atención.

La mayor parte de los fondos fueron destinados al sector privado, ya sea financiando la construcción de grandes centros hospitalarios (influenciados por la política sanitaria estadounidense) o transfiriendo fondos para convenios con corporaciones médicas, que operaban dentro del modelo biomédico, de forma prescriptiva, biologicista, curativo e imponente, sin diálogo con la realidad socioeconómica, con poca efectividad en las acciones de salud, considerando que Brasil, además de mantener todavía los índices alarmantes de antaño, ya vivía con enfermedades crónicas en emergencia y de rápido crecimiento, como la diabetes y hipertensión, impulsada por la reconfiguración de las relaciones económicas y sociales del país en la segunda mitad del siglo XX ([Foucault](#), 1979).

Los centros de salud de principios del siglo XX comenzaron a asumir otras funciones en el territorio de la atención/asistencia, componiendo lo que convencionalmente se denominó Atención Primaria. El principal instrumento de esta política pasó a operar, a partir de la década de 1990, como el

Programa de Salud de la Familia (PSF, que, después de las modificaciones, pasará a denominarse Estrategia de Salud de la Familia - ESF). Esta nueva forma de actuación se basa en actuar en los hogares, a través de visitas domiciliarias, diagnosticando y monitoreando el estado de salud de la población delimitada en el territorio, priorizando a aquellos con menor calidad de vida.

Hay un movimiento hacia la centralización de un modelo de atención con carácter curativo en la Atención Primaria (AP), en detrimento de lo que defendían los movimientos populares de salud en la década de los 70, como: el Movimiento Sanitarista. Es una presión biologicista de carácter biomédico o médico-céntrica, que opera en la política de salud colectiva con el objetivo de volver a la lógica biomédica preventiva en articulación con el tratamiento curativo en las actuaciones de los equipos e instrumentos de acción de AB, siendo que el análisis presente en este artículo es cuestionar la lógica biopolítica consolidada en los cambios realizados, en los últimos años, de la legislación dirigida a la promoción de la salud en Brasil.

Esto lo corrobora [Foucault](#) (2008) al afirmar que la biopolítica surge como una necesidad de controlar a las personas, para evitar fugas de lo que se considera normal, patológico y desviado. Así, se instrumenta un conjunto de prácticas que apuntan a formar cuerpos, a fin de hacerlos productivos y dóciles para la producción en el capitalismo. Así, la medicalización de la vida se encuentra en este contexto, ya que disciplina a las personas y las “encaja” en la lógica de la producción: capacita y se deja capacitar en nombre de una racionalidad productiva, generadora de riqueza, a través del trabajo. Y esto ocurre en la atención primaria, considerando que el conjunto de estrategias de intervención que utiliza el equipo de salud tiene cruces moralizantes y se fundamenta en las ideas de la burguesía sobre cómo existir, relacionarse y producir.

Se entiende que la medicalización es un proceso de transformación de cuestiones no médicas, perceptiblemente de origen social y político, en problemas médicos. Es una racionalidad estructurada a partir de un conjunto de saberes de base positivista que individualiza un problema social/relacional/político/afectivo, presentando así un conjunto de intervenciones sobre el cuerpo “enfermo”, resultantes del diagnóstico

de alteraciones orgánicas - anatomopatológicas, fisiológicas, neuronal ([Foucault](#), 1979).

Cuestiones como la denominada “conducta hiperactiva” de los niños en las escuelas, las acciones violentas (ya sea a nivel individual o colectivo), cuestiones incluso vinculadas a la religiosidad (como la mediumnidad), son ahora objeto de estudio por parte de la medicina a partir de una concepción de una naturaleza desviada de estas acciones (anómalo, extraño, anormal). El niño se convierte en objeto de estudio si está muy agitado en la escuela; el sufrimiento psíquico es “amortiguado” a base de prescripción farmacológica, entre otros. La medicina (pero no sólo la medicina), entonces, adquiere el estatus de ciencia social, clasificando y categorizando comportamientos y sirviendo para la definición e implementación de políticas públicas: es el gobierno de los vivos.

En una sociedad que valora el control a partir de la implementación de reglas de conducta, estándares normativos, formas en que las personas deben actuar y los niños se desarrollan, todo se vuelve diagnosticable y etiquetable. Una consecuencia de esto es el creciente número de diagnósticos médicos sobre características del ser humano que hasta hace poco se consideraban normales. La tristeza viene a tener una descripción muy precisa y se denomina depresión; el insomnio, que también está íntimamente relacionado con el proceso creativo de las personas, ahora es tratado como un trastorno del sueño, además de otros descriptores que surgen de la verificación y matematización de la existencia. Los problemas que son eminentemente sociales pasan a tener un estatus biológico/patológico, escrutando diversos “métodos de tratamiento”, que valoran una “cura” basada en el análisis causa-efecto, desconociendo la naturaleza cultural, social, humana ([Lima & Lima](#), 2010). La elaboración, entonces, de diagnósticos y normas pasa a tener repercusiones en los diversos campos de la seguridad social, por ejemplo, salud y educación. Este último, presentando varios problemas, es atravesado por diagnósticos y patologías, definiendo la capacidad de los estudiantes para el proceso escolar. Entonces, surge la idea de fracaso escolar, sin embargo, no como resultado de fuerzas que atraviesan la institución escolar, sino como una atribución específica y exclusiva al estudiante. El alumno reprobado pasa a ser entendido como un sujeto con problemas de salud, por lo tanto, debe ser tratado. Así por ejemplo,



*Los estudiantes que tienen problemas con la escritura, la lectura, la concentración en las clases y actividades, rápidamente terminan siendo diagnosticados por la perspectiva medicalizante del docente, como estudiantes con un trastorno del aprendizaje (enfermedades del no aprendizaje), por lo tanto, estos estudiantes necesitan tratamiento para evitar fracaso escolar, son remitidos inmediatamente a profesionales capacitados para verificar tales trastornos. Tales problemas, que eran interpretados únicamente como falta de interés o dificultad para ser superados, ahora son vistos como patologías (Lima & Lima, 2010, p. 2).*

Asistimos así al nacimiento de un conjunto de saberes y poderes en torno a la medicalización de la vida. Las profesiones que antes se preocupaban por combatir la enfermedad ahora tienen el poder de normalizar. Todo un arreglo complejo se forma alrededor de la escuela. Surgen especializaciones, líneas de investigación e instrumentos para verificar, medir a los niños y determinar el nivel de su fracaso. El conocimiento produce sus propias patologías y formas de tratamiento, justificando su existencia y necesidades de intervención en diferentes entornos sociales (Lemos, 2015).

En un estudio de Lima & Lima (2010), los autores notaron que muchos trabajos no definen claramente qué significa medicalización. Hay muchas dificultades para presentar este evento de manera concisa. Por otro lado, otros trabajos presentan la relevancia de lo social y cultural en los análisis, lo que demuestra una severa crítica a la forma en que algunas conductas han sido patologizadas y revelando la necesidad de una mirada más sistémica a tal evento. En todo caso, aún existe la necesidad de realizar estudios sobre el discurso de la medicalización para deconstruir las prácticas biologizantes/medicalizantes consideradas normales.

La medicalización está presente en las transformaciones de varios campos del saber, destacándose las prácticas de actualización de la medicina, la psiquiatría e incluso algunos aspectos de la psicología. Estos campos del saber pasan a utilizar métodos y técnicas para gestionar la vida colectiva, utilizando discursos y tecnologías que medicalizan la existencia (Amarante, 2007). Sin embargo, cabe señalar que, a diferencia de lo que se veía hace siglos, en la actualidad el control se lleva a cabo de una forma más sutil (o sofisticada, podemos decir). La figura del médico, por ejemplo, ejerce una biopolítica al sumar a su práctica la farmacologización, sin embargo,

este hecho no ocurre al azar. Se utilizan varios dispositivos para legitimar esta práctica: el uso del marketing, por ejemplo, las empresas farmacéuticas, las universidades, los propios usuarios, comienzan a fortalecer esta práctica a partir de una definición de un campo de conocimiento. La idea de anormal comienza a cruzar el saber de la medicina: ideas como tristeza, angustia, pasan a tener el estatus de enfermedad (depresión), con una clasificación y descripción muy definida. Dado que la preocupación, entonces, por la descripción de la conducta, la preocupación por el estatuto social, antropológico, pierde sentido en la línea de análisis o queda relegada a lo "menos científico", ya que no se puede predecir, medir, actuar (Foucault, 2008).

Así, estos dispositivos mencionados, entrelazados en la legitimación de la farmacologización de la conducta (una de las formas de medicalización), por ejemplo, se reordenan para presentar soluciones mágicas a problemas creados como problemas de salud. Estas redes de saber-poder atraviesan nuestros cuerpos y subjetividades, transformando los afectos en mercancías. La subjetividad ahora se ve como un producto: se vende una idea de subjetividad libre de los aspectos negativos que forman parte de la vida cotidiana de las personas. Esto nos muestra el poder de la industria farmacéutica y cuánto interioriza la gente el discurso de estas empresas.

Podemos entonces agregar, entonces, que medicalización es todo proceso que pretende explicar modos de vida a través de un enfoque organicista, patologizante, desconsiderando los aspectos que interfieren en los procesos de subjetivación y los aspectos políticos de la vida cotidiana de las personas. Hay, entonces, claramente un reduccionismo en la forma de analizar un proceso que tiene dimensiones mucho más amplias. A diario se escanean las subjetividades neoliberales: el surgimiento de fallas e incertidumbres refuerza la necesidad de estas técnicas de gobernar la conducta, basadas en la normalización. Así, Foucault (1999) muestra que el control toma la forma de biopolítica, ya que obligará a la producción de cuerpos útiles a la tecnología desarrollada en la producción y acumulación de riqueza.

El estudio de la medicalización no se restringe al campo de la psicología. Ha sido objeto de estudio en diversos campos del saber (ciencias humanas,

sociales, biológicas, por ejemplo), creando una red de relaciones que se extiende como un rizoma en la construcción de este estudio. Luego, algunos hacen el movimiento opuesto de o La forma de analizar el evento se aleja del campo de la medicina para mostrar las intrincadas redes que envuelven esta construcción y cuánto impacto tiene en la vida de la población.

En este movimiento buscamos acompañar la crítica al proceso de medicalización de la sociedad. En Alemania había surgido la medicina estatal, que tenía como principal forma de acción una policía médica, con el objetivo de la construcción del conocimiento médico estatal y la normalización de la profesión de médico. La subordinación de la medicina a las instituciones médicas reguladas por el Estado también fue propuesta en la medicalización del Estado (Foucault, 1979).

Siempre con Foucault (1979), en Francia, la medicina urbana se estructura según un plan de organización sanitaria y disciplinaria de los espacios de la ciudad (higiene pública). Este campo de la medicina desarrolló tecnologías que tenían como objetivo garantizar la seguridad de la población frente a los riesgos para la salud propios de las zonas urbanas (cementeros, por ejemplo, o agua y aire).

Finalmente, la tercera práctica, definida en Inglaterra, es la medicina laboral. Como su nombre ya lo indica, comenzó a ver a los pobres como un peligro político y sanitario. La medicalización, entonces, opera a partir de la expansión de los dominios de las tecnologías positivistas de poder en la edad, en el Estado y sobre los cuerpos de los trabajadores (Foucault, 1979).

El ejemplo de estos nacimientos es el higienismo, entendido como un vástago de la medicina social, sostenido como práctica de salud, pero que se sustenta en procesos económicos y sociales. Las intervenciones llevadas a cabo por este movimiento se centraron en la familia y la crianza de los hijos, desarrollando recetas para el manejo de conductas dentro de la vida privada. Esto comúnmente se revela, por ejemplo, en el acceso a los servicios estatales de salud y educación, además de la distribución del ingreso, definiendo criterios que deben cumplir las familias para acceder a los derechos.

Por lo tanto, se explicita la pertinencia de realizar este estudio, una vez que, por sí mismo, el tema

de la medicalización atraviesa la constitución de saberes y prácticas profesionales, además de ser permanentemente atravesado por los cuerpos de las personas. Este estudio se justifica a partir de la necesidad de problematizar las acciones medicalizadoras presentes en la atención primaria y, teniendo como perspectiva la construcción de saberes que promuevan la autonomía de las personas, este estudio se torna importante para la difusión de saberes contrahegemónicos que se están produciendo en diversos espacios de debates y construcciones colectivas de resistencia, generando así, para los servicios de salud, una relectura de sus prácticas y modos de gestión de vida, que pueden impactar en la calidad de la atención a la población.

## Consideraciones finales

El artículo buscó pensar las prácticas de medicalización de la vida y la existencia a través de la captura histórico-genealógica de la promoción de la salud a través de la lógica preventiva. Un conjunto de cambios y transformaciones en la concepción de la salud permitió intensificar procesos medicalizantes debido a la expansión de las prácticas biomédicas en las experiencias cotidianas de atención a la población brasileña.

El discurso del mantenimiento de la vida se hace efectivo con prácticas y técnicas que inciden en los procesos biológicos, estas incluso pueden ser modificadas si son de interés para la conservación de la producción. La función principal de la consolidación del conocimiento está al servicio de someter a la población a técnicas de intervención sobre el cuerpo colectivo, logrando así el control de la especie humana. La población se convierte en problema y en ese sentido se crean formas de regulación de la vida, a través del control de los procesos biológicos, como las vacunas y otros medicamentos, y así se garantiza el futuro (Foucault, 2015). Se puede ejemplificar con el control de la natalidad, los exámenes de los recién nacidos, el seguimiento escolar, la productividad en el trabajo, la salud en la atención primaria.

En los discursos sobre los peligros de muerte inminente, es posible que el Estado adquiera poder para ejercer control, interferir y apropiarse de los procesos biológicos para modificarlos. Así, Foucault llama a esta forma de control y poder 'biopolítica'.

Se modifican los objetos de intervención y se crean conocimientos para el ejercicio del control sobre la población. Esto a partir de datos estadísticos producidos por la ciencia, transformando los procesos biológicos en números, modificando las nociones de normalidad. El cuerpo ahora se describe con precisión, estadísticamente vamos a tratar con las tasas, la criminalidad, la longevidad, la tasa de natalidad y otros. Las personas se convierten en números con depresión, fuera del mercado laboral, así como todos los datos producidos se vuelven detallados y formarán parte de manuales, artículos científicos que dentro de una perspectiva biopolítica servirán en última instancia para producir conocimientos que también poseen la función de control de la población (Foucault, 2010).

Este proceso culmina cuando la población se convierte en objeto de intervenciones estatales, aspecto que caracteriza a la modernidad biológica. La existencia humana se convierte en el objetivo de una política (Foucault, 2015). Y se normalizará el poder sobre la vida de la población, necesitando únicamente mecanismos correctivos y normativos para operar. De esta manera, las tecnologías de poder que pretenden controlar la vida se expresarán en este contexto social normalizador. Como cita Danner:

*Fue la norma que logró establecer un vínculo entre el elemento disciplinario del cuerpo individual (disciplinas) y el elemento regulador de una multiplicidad biológica (biopoder). La norma es tanto lo que se puede aplicar a un cuerpo que se quiere disciplinar como a una población que se quiere regular. La sociedad de normalización es una sociedad donde confluyen las normas disciplinarias y las normas reglamentarias.* (Danner, 2010, p. 155).

Según Foucault (2010), se ha instaurado una normalización en la sociedad que va desde lo orgánico a lo biológico, desde el cuerpo individual al

cuerpo colectivo, a través de constantes regulaciones y cambios normativos. La biopolítica se convierte en una herramienta para resolver objetivamente los problemas cuyas demandas debe resolver el Estado en nombre de la gobernabilidad, esto bajo un discurso que pretende retrasar la estructuración del capitalismo. El control biopolítico aparece como un escudo económico, sin embargo es estimulado por el mercado, que responde a las demandas del capital. Es posible observar una reversión del papel del Estado, que pasa a operar para el mercado. Y así la economía, el capital y el propio mercado se convierten en el fin principal de la existencia del Estado.

### Contribuciones de los autores

Lima, B. J. M. concibió y estructuró el texto inicial. Lemos, F. C. S. trabajó en resúmenes, desarrollo de temas, edición de textos y comentarios finales.

### Conflictos de interés

No se declararon conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) por ningún aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiamiento, participación en un consejo asesor, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).





## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* [Salud mental y atención psicosocial]. Fiocruz.
- Bahia, L. (2011). A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação [Privatización en el sistema de salud brasileño en la década de 2000: tendencias y justificación]. In N. Santos, & P. Amarante (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde* [Gestión Pública y Relaciones Público-Privadas en Salud]. Cebes.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* [Constitución de la República Federativa de 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 [Ocaso de la sociedad civil y sus movimientos: sobre la pérdida de efectividad de la ciudadanía política en las democracias occidentales]. *Philosophos*, 15(2), 103-127. <https://revistas.ufg.br/philosophos/article/view/8443/pdf>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* [Microfísica del poder] [R. Machado, Trad.]. 27ª ed. Graal. (Texto originalmente publicado em 1978)
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir: a história da violência nas prisões* [Disciplinar y castigar: la historia de la violencia en las prisiones] [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* [El orden del discurso: conferencia inaugural en el Collège de France, pronunciada el 2 de diciembre de 1970] [L. Fraga, & A. Sampaio, Trads.]. Edições Loyola. (Texto originalmente publicado em 1971).
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território e população* [Seguridad, territorio y población] [E. Brandão, Trad.]. Martins Fontes. (Texto originalmente publicado em 1978).
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* [En defensa de la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)] [M. E. Galvão, Trad.]. Martins Fontes. (Texto originalmente publicado em 1976).
- Foucault, F. (2015). *História da Sexualidade 1: a vontade de saber* [Historia de la Sexualidad 1: la voluntad 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 [Dispone las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los servicios correspondientes y otras medidas]. [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 [Prevé participación comunitaria en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de la salud y otras medidas]. [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* [El control de la vida: prácticas de los consejeros 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* [Los Fundamentos Estatales de Derecho Privado y sus reflexiones sobre el mundo del trabajo de las Enfermeras] [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 [Notas sobre las políticas de salud en Brasil durante la "transición democrática" - la década de 1980]. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100004>