

## Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010

An overview of the variations  
surrounding the concept of medicalization between 1950 and 2010

Rafaela Teixeira Zorzaneli<sup>1</sup>  
Francisco Ortega<sup>1</sup>  
Benilton Bezerra Júnior<sup>1</sup>

**Abstract** *This article examines the pertinence of the concept of medicalization for socio-cultural analysis. The study is based on the criticism which emerged in the international literature between 2000 and 2010. The criticism stressed the excessive generality of the expression that encompasses different situations and thereby loses its analytical precision. The main meanings of the term medicalization are examined, namely 1) the major strategies of hygienization of the population; 2) the transformation of behavior considered deviant into disorders; 3) control strategies and the medical imperative; 4) the participation of non-medical actors. Based on the different meanings of the notion of medicalization, the transient nature of the concept needs to be stressed, i.e. the need to specify the different meanings attributed to the notion depending on the different contexts in which it is used. If this is not done, the concept will lose its theoretical accuracy and will possibly no longer be useful for social analysis.*

**Key words** *Medicalization, History, Tendencies*

**Resumo** *Este artigo analisa a pertinência do conceito de medicalização, para a análise sócio-cultural, partindo de críticas na literatura internacional surgidas na década de 2000. Essas críticas apontam a excessiva generalidade do termo, que passou a abranger situações diversas, perdendo parte de sua acurácia analítica. Analisaremos alguns dos sentidos possíveis do termo medicalização, tais como: 1) as estratégias massivas de sanitização da população; 2) a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças; 3) a ação do controle e imperialismo médico; 4) a participação de atores fora do campo da medicina. A partir desses diferentes usos, apontaremos a necessidade de uma transitividade do conceito, ou seja, que se especifiquem os sentidos que são a ele atribuídos por ocasião de sua utilização – do contrário, haveria uma perda de precisão teórica que retiraria do conceito sua possível utilidade para a análise social.*

**Palavras-chave** *Medicalização, História, Tendências*

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524/Pavilhão João Lyra Filho/7º andar /blocos D e E, Maracanã. 20.550-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. rtzorzaneli@yahoo.com.br

## Introdução

A pertinência e a atualidade do conceito de medicalização são demonstradas pelo alcance que o tema vem adquirindo em publicações no campo das ciências humanas e sociais nas últimas décadas. Não é sem motivo, portanto, que o conceito é considerado um “clichê da análise social”<sup>1</sup>. Publicações proliferam sobre diferentes objetos medicalizáveis, tais como a infância<sup>2</sup>, comportamentos desviantes<sup>3</sup>; gravidez e parto<sup>4</sup>, timidez<sup>5-7</sup>, envelhecimento<sup>8</sup>, masculinidade<sup>9</sup>, sobrepeso<sup>10</sup>, tristeza<sup>11,12</sup>, memória<sup>13</sup>. Para cada um deles, surgem potencialmente novas condições médicas – transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, fobia social, menopausa, deficiência androgênica do envelhecimento masculino, transtorno de estresse pós-traumático – ou entidades clínicas já existentes aumentam em prevalência, sobretudo em países desenvolvidos<sup>14</sup>.

Para partirmos de algum solo conceitual comum, apresentaremos as definições que tal conceito recebeu na obra do sociólogo Peter Conrad em dois de seus trabalhos, já que essas se tornaram definições padrões<sup>2,15</sup>, mesmo que despertem controvérsias. A primeira afirma que medicalização significa “definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento”<sup>2</sup>. A definição mais recente guarda grande semelhança com a primeira, qual seja: “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos”<sup>15</sup>.

O que se pode concluir dessas definições do autor? Em ambos os casos, sua ênfase é no deslocamento de comportamentos outrora não pertinentes ao campo de intervenção médica para essa jurisdição. Ou seja, aquilo que não necessariamente é um problema médico *ipso facto* passa a ser entendido como se fosse. O conceito de medicalização na obra de Conrad – dado o destaque que alcançou, seja pela adesão ou pela discordância – será debatido em parte posterior do texto, mas nos serve, por ora, como um solo para uniformizar a compreensão do leitor.

Em paralelo aos desdobramentos e usos do que se chama de crítica à medicalização, situadas desde os trabalhos iniciais de Barbara Wootton (1897-1988) e de Thomas Szasz (1920-2012), passando por Ivan Illich [1926-2002], Irving Zola [1935-1994] e Peter Conrad [1945-], outras vozes, situadas no decorrer da década de 2000, têm

apontado a excessiva abrangência do conceito, e a conseqüente perda de sua acurácia teórica<sup>1,16-18</sup>. Como argumenta Davis<sup>16</sup>: “[o] conceito de medicalização se tornou uma completa bagunça”, atribuindo-a, indiretamente, à ampliação generalista realizada pela leitura de Peter Conrad, sobretudo dos anos 1980 em diante. Para Davis<sup>16</sup>, Peter Conrad ampliou a noção de medicalização para além da medicina, apostando em uma separação entre a ação da medicalização e a jurisdição médica, uma vez que qualquer grupo que utilize linguagem médica representa, em última instância, uma força medicalizante.

Em acordo com essas ideias, Aronowitz<sup>18</sup> argumenta que a utilidade do termo foi perdida porque houve um afastamento de seu sentido original, qual seja, o de rotular o comportamento desviante e transgressivo como doença. Em contraste, o termo medicalização passou a designar ações de pessoas de fora do campo médico (pacientes, ativistas e outros) que, por uma miríade de processos, resultariam na expansão de entidades médicas e no número de indivíduos recrutados. Essa seria, para alguns autores, uma generalização desvantajosa do ponto de vista conceitual. Retomaremos esse ponto mais adiante.

Outra crítica a essa asserção é a de Rose<sup>1</sup>, para quem o conceito de medicalização, pensado como extensão dos limites da autoridade médica, não ajuda a entender como, por que e quais conseqüências essas mudanças geram. Para o autor, o termo por si só não pode ser uma descrição, explicação nem uma crítica, porque não se trataria de nomear, por meio dele, uma lógica implacável da ação médica.

O ponto central de nossa argumentação gira em torno de que o uso do termo medicalização como uma crítica ao poder médico obscurece diferentes níveis de sua ocorrência, tais como a prescrição de medicamentos para casos que não tratam necessariamente de doenças (por exemplo, os contraceptivos) ou para aprimoramento cognitivo; o papel ativo dos usuários na apropriação de medicamentos e de outras tecnologias médicas; a inclusão de novos alvos para a psicofarmacologia (como a timidez e a tristeza), dentre outros exemplos. Portanto, o termo, se tomado como um conceito monolítico, não deixa claras as vantagens teóricas de seu uso, já que os diferentes planos anteriormente apontados ficariam reunidos em uma só alcunha homogeneizante.

Todas essas controvérsias inerentes ao campo de conceitualização do termo indicam a importância de se debater o conceito, tendo em vista sua utilização como instrumental teórico nos

campos da saúde coletiva, da antropologia médica, da sociologia da saúde e nos demais das Ciências Humanas e Sociais. O debate aqui realizado pretende, dentre outros objetivos, demonstrar a necessidade de meios teóricos mais refinados para investigar custos e benefícios das formas de vida permeadas pela biomedicina na contemporaneidade. Partindo desse solo, pretendemos percorrer alguns sentidos atribuídos ao termo, que podem aparecer de forma simultânea e não excludente, mas cujas diferenças demandam cuidado e atenção conceitual.

### Alguns sentidos para o conceito

#### Das medidas biopolíticas do estado novecentista aos “Estados médicos abertos”

Foucault é um dos autores que contribui para o debate em torno do tema da medicalização. É preciso notar, no entanto, que a medicalização tal como a descreve o autor, é um processo historicamente anterior ao que analisam as obras de alguns de seus contemporâneos, como Zola<sup>7</sup>, Illich<sup>8</sup>, Conrad<sup>2</sup>. Os processos aos quais Foucault se dedica dizem respeito ao contexto europeu do fim do século XVII e início do XIX, sobretudo no que se refere às medidas maciças de saúde como formas de constituição do Estado-nação. Os demais autores aqui tratados (Zola<sup>19</sup>, Conrad<sup>2,15</sup>, Illich<sup>20</sup>, Clarke et al.<sup>21</sup>, dentre outros) centram seus debates no correr do século XX, pós-Segunda Guerra, e essa é uma diferenciação importante a ser considerada, quando se trata dos sentidos para o termo medicalização – o contexto no qual ela está sendo pensada.

A medicalização de que trata Foucault<sup>22-25</sup> é um dispositivo central do exercício do que se chamaria de nascimento da biopolítica, exercendo-se por meio da pedagogização do sexo da criança, da histerização das mulheres, da psiquiatrização das perversões – cada um conduzindo a uma medicalização minuciosa dos corpos e, especificamente, da sexualidade, em nome da responsabilidade na saúde da prole, da solidez da instituição familiar e da sociedade.

Podemos destacar, na obra de Foucault, no mínimo, dois sentidos para o termo medicalização, inextrincáveis, mas cronologicamente diferentes: o primeiro, ligado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade; o segundo, diretamente desdobrado do primeiro, mas situado já no contexto pós-Segunda Guerra, diz respeito à ausência de exterioridade da medicina. Ou seja, à

impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico. Esses dois registros se confundem e é possível afirmar que o primeiro é condição para o segundo, embora não se deva confundir-los, em razão de sua distinção cronológica. Esclareceremos melhor esses pontos a seguir.

Na primeira conferência proferida no Instituto de Medicina Social da UERJ, Foucault<sup>26</sup> enuncia alguns debates cruciais sobre o tema da medicalização. Para o autor, o período pós-guerra acirra o que já está em processo desde o século XVIII – a *somatocracia*, na qual uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado dos corpos dos indivíduos, o que lhes asseguraria sua cidadania. O período pós-guerra, epitomizado pelo Plano Beveridge, anunciou uma nova política do corpo, em que cada indivíduo se tornava responsável por sua saúde. Foi nesse contexto que se desenvolveu o que o autor denominou de medicalização indefinida<sup>26</sup>, ampliação do campo de ação da medicina para além da demanda de cura de um sofrimento. Haveria dois sentidos nessa ideia de ação médica ampliada para além da cura: o primeiro seria o das ações autoritárias. A imposição – estejam as pessoas doentes ou não – de ações, tais como as políticas sistemáticas de rastreamento de doenças na população, ou a compulsoriedade do exame psiquiátrico em acusados de delitos. O segundo sentido seria o da ausência, acirrada ao longo do século XX, de experiências não médicas do corpo. Se ao longo do século XIX ainda existiam campos “não médicos”, isto é, práticas corporais, higiênicas, dietéticas, sexuais não mediadas pela ciência médica, o decorrer do século XX torna esse espaço cada vez mais estreito, apontando para a formação de “estados médicos abertos”, nos quais a dimensão da medicalização já não encontra limite e incorpora não somente a salubridade, mas também a saúde e o bem estar, encarregando-se de uma função normatizante, pela qual se definem os limites do normal e anormal.

#### Do comportamento desviante ao transtorno médico

Um dos sentidos mais destacados para o termo medicalização é o de definir como transtornos médicos comportamentos transgressivos e desviantes das normas sociais vigentes, em determinado cenário sócio-histórico. Esse sentido remonta ao centro de debates da psiquiatria sobre a produção social da doença mental, no correr das décadas 50 e 60, e em torno das obras influentes de Barbara Wootton [1897-1988]<sup>27</sup> e de Thomas Szasz [1920-2012]<sup>28</sup>.

De um lado, Wootton<sup>27</sup> aponta, em um breve mas incisivo artigo, o alargamento do conceito de doença mental, que passa a incluir não somente os indivíduos gravemente acometidos por limitações mentais, mas também os incapazes de gerenciar suas vidas. O argumento de Wootton contra essa expansão decorre do fato de que, para a autora, conceitos de doença mental são judicativos e dependem de definições do que é uma boa vida. A ideia de que a profissão médica se atribuem respostas a problemas sociais e pessoais retira a atenção necessária ao ambiente sócio-cultural. Na mesma direção dos argumentos de Wootton, a obra de referência de Szasz<sup>28</sup>, *The myth of mental illness*, em meio a diversas e relevantes discussões, destaca o quanto a redefinição, pela psiquiatria, de todo tipo de problema da vida como um transtorno psiquiátrico é uma territorialização, uma expansão e institucionalização da *expertise* psiquiátrica.

Conrad e Schneider<sup>3</sup> ressaltam os ganhos no deslocamento da definição de comportamentos desviantes, moralmente repreensíveis ou mal adaptados para condições médicas. O desvio seria uma categoria de condenação moral e de julgamento negativo, aplicados a membros de uma comunidade social. Comportamentos transgressivos das normas sociais vigentes são associados ao livre arbítrio, à vontade do indivíduo e sua responsabilidade. Uma vez convertidos em doenças, o peso moral da responsabilidade por esses atos é diminuído ou extinto. Há, portanto, um benefício real em padecer de uma doença, no lugar de ser considerado um desviante ou transgressor de normas sociais. Os garotos indisciplinados das classes escolares passam a ser considerados crianças que necessitam de cuidado médico, e a tolerância de professores, diretores, colegas e, até, dos pais, se modifica, diante dessa nova descrição. Do mesmo modo ocorre com o alcoolismo que, não sendo mais compreendido como fraqueza moral, mas como doença, permite que as pessoas que dele padeçam sejam tratadas medicamente e menos estigmatizadas.

#### Controle social e imperialismo médico

O tema da medicalização passa também pelas contribuições diretas do campo da sociologia, sobretudo, Eliot Freidson [1923-2005]<sup>29</sup>, Irving Zola [1935-1994]<sup>19</sup> e Ivan Illich [1926-2002]<sup>20</sup> – sendo os dois últimos, o alvo mais detido de nossa atenção. O trabalho de Freidson<sup>29</sup> tem a importante função de ampliar, do campo da psiquiatria para o campo da sociologia médica, as

discussões realizadas a partir de Wootton<sup>27</sup> e Szasz<sup>28</sup>. O clássico de 1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* sugere o processo hoje já debatido, de classificação de processos como o crime, a loucura, o pecado e a pobreza em categorias de doença.

Com base nesse contexto que lhe antecede, Zola publica, em 1972, o texto *Medicine as an Institution of Social Control*, no qual defende que a medicina tem adquirido a função de regulação social antes considerada como atributo da religião e da lei, configurando um novo repositório da verdade, e tomando para si o lugar de avaliador moral, a partir da posição supostamente neutra e objetiva da ciência. Há nessa obra uma conhecida e ferrenha crítica ao chamado monopólio médico e aos efeitos iatrogênicos gerados por seus agentes. Mais do que a tese de que a medicina passou a cobrir novos problemas, e de que “a sociedade” ou os médicos estão comprometidos em encontrar novas doenças, para o autor, a questão central é a experiência de que é possível fazer algo para que nos tornemos melhores do que estamos. É uma crença, portanto, na “onipresença do transtorno”<sup>19</sup> e na existência de uma lista crescente de comportamentos não saudáveis. Para Zola, a questão em torno da medicalização da sociedade seria igualmente relacionada, tanto ao poder médico quanto ao desejo entre indivíduos e grupos, de que a medicina faça uso de seu poder.

Também no correr da década de 70, precisamente em 1976, Illich<sup>20</sup> publica *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, com grande impacto no campo da sociologia da saúde. Interessado nas diversas formas de iatrogenia (clínica, social e cultural), o autor afirma que o conceito de morbidade da medicina tornou-se uma ameaça à saúde, alargando seus limites, ao ponto de incluir o risco da doença. Se tomarmos um plano geral da posição de Illich nessa obra de referência, a medicalização é um processo amplo, exercido por diferentes estratégias médicas para rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda da autonomia para lidar com seu sofrimento.

Em um texto frequentemente ignorado, uma reavaliação de *Nemesis* doze anos depois, o autor resalta o quanto o caráter simbólico da saúde teria mudado, apontando para um processo de declínio do poder médico – “nos anos 60, a profissão médica era proeminente em determinar o que o corpo é e como ele deveria sentir. Nos anos 70, ela começou a partilhar com outros agentes o poder de objetificar as pessoas”<sup>30</sup>.

A crítica a esse sentido da medicalização como controle social da medicina é ilustrada por Lupton<sup>31</sup>, para quem a dimensão referente aos diferentes jogos de força e interesses, ou concernente à possibilidade de uso, da parte de pacientes e grupos, de processos medicalizantes, não foi devidamente considerada pelos autores da década de 70, relegando aos indivíduos a função de alvos passivos da medicalização e dos dispositivos de controle médico. Para Lupton<sup>31</sup>, a ideia de que os indivíduos não devem ter sua autonomia restrita é central, nessa primeira fase dos estudos sobre medicalização, que pressuporia a negação da ação racional e independente dos indivíduos, pois os membros de um grupo autoritário ditariam normas em torno das formas como outros grupos deveriam se comportar. Os pacientes seriam colocados no lugar de vulneráveis e demandantes da atenção médica, sem oportunidade de questionar decisões dos especialistas. Medicalizar seria um ato de despolitizar as dimensões sociais do adoecimento e da saúde, havendo um deslocamento para o campo da saúde e da doença, de questões relativas à desigualdade social entre grupos humanos e à dominância entre eles.

A crítica à aceção do conceito de medicalização como controle social pode ser resumida no que Lupton<sup>31</sup> define como a tese da assimetria entre a medicina, seus representantes e os leigos. Por meio dela supõe-se haver uma relação inversamente proporcional entre a medicalização e a liberdade individual. Ou seja, quanto mais medicalizado um indivíduo ou a sociedade em que vive, maior o controle social a que estão submetidos. A medicalização seria assim – para os adeptos da tese do controle social – uma forma de imperialismo médico e de exercício do controle, que negaria a ação autônoma por parte dos indivíduos.

Esse pressuposto de assimetria entre médicos e leigos é considerado insuficiente por Lupton que denuncia que tal assimetria situa os indivíduos medicalizados como alvos passivos das estratégias do mercado e da indústria farmacêutica. Desconsiderar-se-ia, desse modo, que a proliferação do conhecimento médico nem sempre serve exclusivamente aos interesses supostamente malévolos da autoridade médica, ou seja, a nomeação médica ofereceria não somente uma apassivação dos indivíduos classificados, um consumo acrítico de medicamentos disponíveis, mas uma organização para males e perturbações, dando coerência aos sintomas. Além da validação para assistência legal às condições de sofrimento físico e/ou mental<sup>32-34</sup>, é também, em resposta a essa tese, centrada na função autoritária

do poder médico e na visão passiva do paciente medicalizado, que autores produzem trabalhos apontando para o próximo sentido do termo medicalização.

#### **Medicalização como processo irregular e fora do território médico**

O papel ativo dos indivíduos em processos de medicalização é reivindicado por inúmeros autores contemporâneos<sup>15,21</sup> e é considerado um aspecto negligenciado nos autores da década de 70, conforme enfatiza Lupton<sup>31</sup>.

Sem dúvida, Conrad<sup>2,15</sup> é o principal nome, quando se trata de ilustrar a medicalização como processo irregular. Apesar de sua obra inicial sobre o assunto datar dos anos 70, em um meio ambiente conceitual de proximidade com os debates de Zola e Illich, consideramos que a ênfase no papel dos atores fora do campo médico foi significativamente ressaltada desde seu primeiro trabalho, de 1975, no qual aponta os papéis da indústria farmacêutica, da Pediatria, das associações para crianças com dificuldades de aprendizagem, dos periódicos médicos na década de 60 – todos colaborando em conjunto na promoção daquilo que foi seu primeiro estudo de caso: a hipercinese.

A ênfase na irregularidade da medicalização indica que tal processo é, por excelência, variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração. De forma prática, essa irregularidade significaria, por exemplo, que alguns comportamentos são, potencialmente, mais medicalizáveis do que outros, colaborando para isso certos fatores, como o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos, a existência de definições daquele comportamento ou transtorno competitivas entre si; significaria dizer que alguns grupos são ou eram mais medicalizáveis do que outros, como, a princípio, as mulheres e as crianças; que as diferenças sociais e de gênero contribuiriam para acirrar processos de medicalização; que haveria agentes fora da profissão médica que contribuiriam ativamente para a medicalização, tais como a indústria farmacêutica, as associações de cuidadores e pacientes, a mídia impressa e virtual e a divulgação científica, periódicos médicos e as propagandas de medicamentos. Por fim, a irregularidade da medicalização significaria que pode haver, paralelamente, processos de desmedicalização, como o emblemático caso da retirada da homossexualidade

lidade do DSM-II, no início da década de 70, como conquista do movimento norte-americano pelos direitos civis dos homossexuais<sup>35,36</sup>.

A proposição do autor é que o conceito seja pensado em seus diferentes graus, sempre variáveis em função de cada caso específico e dos contextos sociais presentes. Nesse sentido, seria necessário pensar, aproveitando a distinção realizada por Szasz<sup>37</sup>, do cenário cultural que propicia um crescimento de processos de medicalização por escolha, para além dos impostos pela autoridade médica, bem como dos diferentes usos das categorias diagnósticas, em prol de objetivos medicalizantes e desmedicalizantes.

Outro aspecto importante ressaltado por Conrad e Schneider<sup>3</sup>, em tese da medicalização como processo irregular, é o fato de que há novos problemas, não vislumbrados pelos debates dos anos 70. Em 2007, na obra *The Medicalization of Society*, o principal tema analisado é a expansão dos limites das categorias nosológicas, que passam a incluir cada vez mais indivíduos. Um exemplo é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), que, inicialmente, se aplicava somente a crianças excessivamente ativas, impulsivas e distraídas, sobretudo meninos. No entanto, a categoria foi se tornando mais inclusiva, comportando adultos e meninas. Os estudos de caso analisados pelo autor também abrangem o caso da medicalização da masculinidade (sobretudo, os casos da disfunção erétil e da calvície) e o uso do hormônio GH em sua versão sintetizada. Por fim, o caso do uso de medicamentos para aumento da performance cognitiva (*enhancement*), ou seja, do uso *off label* de psicofármacos, na ausência de doença. Essas questões não estavam presentes no contexto de produção de Zola e Illich tais como aparecem desde os anos 90, marcando na obra de Conrad um interesse pelas novas questões, colocadas pela presença massiva de tecnologias médicas, como os psicofármacos.

No tocante às atualizações do conceito de medicalização e suas derivações a partir da década de 90, é necessário destacar também o conceito de biomedicalização, debatido por Clarke et al.<sup>21</sup>. Os autores ressaltam que, a partir de 1985, mudanças tecnocientíficas importantes na constituição, organização e práticas da biomedicina contemporânea dão origem à biomedicalização, compreendido por uma nova economia biopolítica da medicina, saúde e doença, por mudanças nas formas de viver e de morrer, pela formação de uma arena complexa na qual os conhecimentos biomédicos, serviços e tecnologias são cada vez mais intrincados, e por um novo e cada

vez mais acirrado foco na otimização e no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos e na elaboração do risco e da vigilância no nível individual, grupal, e de população. Aparecem, assim, transformações na produção do conhecimento biomédico, no manejo de informação, distribuição e consumo, e transformações nos níveis de identidades tecnocientíficas, no plano individual, coletivo, na população, que talvez pudéssemos articular ao que Rose e Novas<sup>38</sup> denominam de constituição do cidadão biológico, ou seja, de um indivíduo que define sua cidadania em termos de direitos e deveres em relação a características corporais, saúde e cura. Este sujeito reivindica o conhecimento sobre sua doença e, ao mesmo tempo, é obrigado a informar-se sobre susceptibilidades e predisposições e a tomar as medidas adequadas em nome da minimização da doença e da maximização da saúde.

O eixo desse sentido do conceito aponta ainda para uma série de valores, sobre os quais se pode agir, para promover uma capitalização da vida: DNA, órgãos e tecidos humanos, células-tronco, oócitos. Um repertório de procedimentos biotecnológicos permite expandir fragmentos moleculares, acelerar seus processos intrínsecos, recombiná-los e otimizar processos vitais. Um novo campo biopolítico se abre, incluindo o nível molecular do corpo. Talvez seja para esse novo campo de ação molecular da medicalização que Clarke et al.<sup>21</sup> pretendem apontar, quando se referem à biomedicalização.

É importante notar que o conceito de biomedicalização se endereça não a negar as teses da medicalização, mas a chamar a atenção para sofisticadas técnicas e para as novas ferramentas que a tecnociência produz; para o modo como a medicina é praticada e as soluções que disponibiliza aos consumidores de saúde; e para o cenário em que a opinião pública é mais um ator importante a corroborar a convicção de que a capacidade do corpo, em tese, é ilimitada. É nesse ponto que as novas modalidades da biomedicalização nos conduzem a campos de interseção com a bioética, diante da necessidade de um debate amplo, sobre o que nos permitem as tecnologias reprodutivas, os transplantes de órgãos, a utilização de células-tronco, as técnicas de *screening* fetal, a escolha de embriões, o uso de psicofármacos para aumento da performance cognitiva. Para Clark et al.<sup>21</sup>, a medicalização foi constitutiva da modernidade, enquanto a biomedicalização é constitutiva da pós-modernidade. A abordagem do conceito de biomedicalização nos parece em total continuidade com a proposta de

Conrad e, nesse sentido, os debates seriam conceitualmente próximos e não divergentes.

### Conclusões

O percurso entre os diferentes autores e os debates em torno do conceito de medicalização nos permitiu evidenciar sentidos diferentes e não necessariamente autoexcludentes, dentre os quais se destacam: a) práticas massivas de intervenção sobre o espaço público; b) transformação de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos; 3) controle social e imperialismo médico; 4) processo irregular que envolve agentes externos à profissão médica.

Percorrer os diferentes usos que o termo adquire nos permite, a princípio, advogar pela transitividade do conceito de medicalização – isto é, sempre que se mencione tal ideia, que se esclareçam as particularidades do objeto sociomédico de que se está tratando. A necessidade de esclarecer qual sentido se trata diminuiria a imprecisão de base do uso do termo, já que ele pode se referir a momentos históricos diversos e a sentidos diferentes. Observou-se ainda que o conceito se tornou amplo o suficiente para subsumir objetos díspares (crianças, adultos, corpo feminino, masculinidade, tristeza) e contextos diferenciados (desigualdades em saúde presentes nos países em desenvolvimento, ou diferenças nos sistemas de seguro saúde, e entre diferentes países). Assim, a força do termo como instrumento teórico se perde, pela excessiva amplitude que abrange. Diante dessas conclusões, consideramos que haveria um ganho teórico se as pesquisas que fazem uso de tal conceito contassem com uma definição contextual e específica do termo, de acordo com os casos particulares de que tratam, em contextos localmente, temporalmente e culturalmente delimitados.

Há, ainda, uma notável efervescência de discordâncias no campo de teorizações – que frequentemente confunde os leitores menos familiarizados com o tema. Por um lado, a crítica à medicalização propriamente dita, de influência marxista e localizada, sobretudo, em autores dos anos 70 (Zola, Illich e Szasz). A tese clássica dos anos 70 emerge como crítica ao poder médico e ao alcance da ação da profissão médica. Em reação a essa tese há a crítica de Lupton<sup>31</sup>, apontando a excessiva assimetria entre controle social e poder médico, localizada nos autores de inspiração marxistas dos anos 70. Na década de 90, por sua vez, fortalece-se o sentido da medicalização

como processo não restrito à medicina e a consequente ênfase à difusão da medicalização por atores não médicos. Esse debate é posicionado na obra de Peter Conrad, desde seu trabalho inaugural sobre o tema. A múltipla direcionalidade da medicalização, bem como sua irregularidade e sua ação para além da jurisdição médica são os aspectos mais reivindicados por grande número de autores<sup>15,21,39</sup>. Desse modo, questões como a capacidade de ação de indivíduos e grupos, o *status* privilegiado da mobilização leiga e de seus interesses, a transformação do paciente em consumidor ativo e em busca de diagnósticos apontam para o que Furedi<sup>39</sup> denomina de virada cultural contra a autoridade e a *expertise médica*. Para o autor, a força inapelável atualmente em jogo nos processos de medicalização é menos o imperialismo médico e mais a posição do paciente como consumidor de saúde, em busca de legitimar, pela figura do médico, os sintomas que experimenta e sobre os quais, frequentemente, já está informado, por ocasião da consulta. Furedi chama a atenção para a tendência cada vez mais flagrante e já apontada por Rabinow<sup>40</sup> e Rose e Novas<sup>38</sup>, da construção da própria identidade a partir de uma condição médica, e da dotação de sentido existencial a partir de um diagnóstico – o que encoraja a expansão da medicalização e cria demanda para novas formas de tratamento.

Nesse contexto, a posição de Conrad e de outros autores mencionados é a de ressaltar a ação difusa da medicalização, realizada por meio de múltiplos atores – o que aponta, no limite, para uma erosão do imperialismo médico, outrora tão enfatizado pelos críticos da década de 70. Por fim, ao longo dos anos 2000, indica-se a excessiva ampliação do conceito, sobretudo a partir dos anos 90, que passa a dizer respeito a qualquer processo ligado ao saber médico, perdendo sua especificidade – como indicam Davis<sup>16</sup>, Rose<sup>1</sup> e Aronowitz<sup>18</sup>. A solução particular de Davis é sugerir a retomada da definição de medicalização como processo que necessariamente envolve a ação médica, e não apenas o uso leigo. Longe de esclarecer o nível de debate envolvendo o conceito em questão, pretendemos aqui apenas apontar alguns dos nós que dificultam a compreensão aos não familiarizados com o assunto, já que, muitas vezes, estamos diante do conceito de medicalização como crítica ao poder médico e, em outras, de críticas ao próprio uso desse sentido. Há, portanto, discordâncias entre os autores que se ocupam do tema, às quais não nos cabe resolver, mas apenas apresentar e debater. Por fim, os debates em torno do conceito nos levam a ob-

servar que o centro da questão da medicalização tem girado menos em torno da definição de doença, e mais daquela de *pathos* – de um estado cujas características passam a ser reconhecidas pela medicina, pelos pacientes e pela cultura como alvo legítimo de intervenção médica, terapêutica, profilática ou restauradora. Rugas, calvície e baixa estatura, por exemplo, não são doenças, mas constituem alvos correntes da ação médica, como enfatiza Conrad<sup>15</sup>. Assim, o rótulo de doença é uma das formas, mas não a única, pela qual a medicalização tem lugar. O diagnóstico é um facilitador, mas não a condição exclusiva de seu exercício. Mais do que a criação de categorias, a medicalização envolveria a transformação do *pathos* em experiências medicamente descritas e manejadas.

Essas observações não nos conduzem a qualquer possibilidade de arrematar ideias definitivas sobre o conceito, mas de promover o debate, ressaltando a necessidade de atenção e cuidado teórico para tratá-lo, bem como de mais pesquisas conceituais e investigações empíricas, que possam descrever processos de medicalização em contextos e grupos particulares.

Afora a necessidade de apuro teórico do termo, não se deve perder de vista o complexo panorama e as particularidades das situações de medicalização em contextos locais. No Brasil, por

exemplo, as diferenças entre o sistema público e privado de atenção à saúde se desdobram em um cenário híbrido, em que se misturam processos diversos, como o uso de medicamentos para aperfeiçoamento cognitivo entre as classes mais favorecidas economicamente e a desassistência à saúde das populações pobres. Temos, assim, um complexo panorama, no qual se encontram populações altamente desassistidas e outras beneficiárias das ofertas biomédicas de prevenção e cuidado<sup>41,42</sup>.

Analisando o acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais para pacientes HIV positivos no Brasil, Biehl<sup>41</sup> enfatiza o quanto, para as populações pobres dos meios urbanos, a triagem e a entrada em programas de cuidados médicos públicos consistem em meios de obter um *status* de cidadão. A cidadania é vivenciada nesses casos pela atribuição da condição de paciente (*citizenship as patienthood*), o que ilustra o quadro complexo no qual o tema da medicalização deve ser pensado e vocalizado a partir de demandas específicas, não só no Brasil como em outros países em desenvolvimento<sup>43-45</sup>. Essa não é apenas uma reserva importante, mas uma assertiva central, quanto à complexidade inerente ao conceito – nem sempre reconhecida em seu uso apressado e mimético, em relação ao contexto norteamericano ou europeu.

### Colaboradores

RT Zorzanelli, F Ortega e B Bezerra Júnior participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.



## Referências

1. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369(9562):700-702.
2. Conrad P. The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Soc Probl* 1975; 23(1):12-21.
3. Conrad P, Schneider, J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
4. Cahill MA. Male appropriation and medicatization of childbirth: an historical analysis. *J Adv Nurs* 2001; 33(3):334-342.
5. Lane C. How shyness became an illness: a brief history of social phobia. *Common Knowledge* 2006; 12(3):388-408.
6. Lane C. *Shyness: how normal behavior became a sickness*. New Haven: Yale University; 2007.
7. Scott S. The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness. *Health* 2006; 28(2):133-153.
8. Hadler NM. *Rethinking aging: growing old and living well in an overtreated society*. Chapel Hill: University of North Carolina Press; 2011.
9. Loe M. *The rise of Viagra: how the little blue pill changed sex in America*. New York: New York University Press; 2004.
10. Jutel A. The emergence of overweight as a disease entity: Measuring up normality. *Soc Sci Med* 2006; 63(9):2268-2276.
11. Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
12. Kleinman A. Culture, bereavement, and psychiatry. *Lancet* 2012; 379(9816):608-609.
13. Antze P, Lambek, M. *Tense past: cultural essays in trauma and memory*. New York: Routledge; 1996.
14. World Health Organization (WHO). *A call for Action by World Health Ministers. Mental Health*. Geneva: WHO; 2001. [acessado 2014 abr 20]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/Call\\_for\\_Action\\_MoH\\_Intro.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf)
15. Conrad P. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
16. Davis J. How medicalization lost its way. *Society* 2006; 43(6):51-56.
17. Rosenberg C. Contested boundaries: psychiatry, disease and diagnosis. *Perspect Biol Med* 2006; 49(3):407-424.
18. Aronowitz R. The converged experience of risk and disease. *Milbank Q* 2009; 87(2):417-442.
19. Zola I. Medicine as an Institution of Social Control. *Soc Review* 1972; 20(4):487-504.
20. Illich I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars; 1976.
21. Clarke A, Mamo L, Fosker JR, Fischman J, Shim JK. *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S*. Durham: Duke University Press; 2010.
22. Foucault M. La naissance de la médecine sociale. In: Foucault M. *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard; 2001.
23. Foucault M. La politique de la santé au XVIIIème siècle In: Foucault M. *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard; 2001.
24. Foucault M. *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard; 1976.
25. Foucault M. Aula de 17 de março de 1976. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 285-315.
26. Foucault M. Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? In: Foucault M. *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard; 2001.
27. Wootton B. Sickness or sin? *20 Century* 1956; 159:433-442.
28. Szasz T. *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper Row; 1974.
29. Freidson E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
30. Illich I. Twelve years after Medical Nemesis: a plea for body history. In: Illich I. *In the mirror of the past, lectures and addresses 1978-1990*. New York: Marion Books; 1992. p. 211-231.
31. Lupton D. Foucault and the medicalisation critique. In: Foucault M, organizador. *Health and Medicine*. London: Routledge; 1997. p. 94-110.
32. Kleinman A. *The illness narratives*. New York: Basic Books; 1988.
33. Brown P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J Health Soc Behav* 1995; (Spec N°):34-52.
34. Jutel A. *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2011.
35. American Psychiatric Association. *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II*. 1973; 6(44).
36. Russo JA. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: Piscitelli A, Gregori MF, Carrara S, organizadores. *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. p. 95-114.
37. Szasz T. *The medicalization of everyday life: selected essays*. Syracuse: Syracuse University Press; 2007.
38. Rose N, Novas C. Biological Citizenship. In: Ong A, Collier SJ, organizadores. *Global Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. London: Blackwell; 2005.
39. Furedi F. The end of professional dominance. *Society* 2006; 43(6):14-18.
40. Rabinow P. Artificiality and Enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: Rabinow P. *Essays on the anthropology of reason*. Princeton: Princeton University Press; 1996. p. 234-252.
41. Biehl J. The Activist State: Global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil. *Social Text* 2004; 22(3):105-132.
42. Sanabria E. From sub - to super - citizenship: sex hormones and the body politic in Brazil. *Ethnos J Anthr* 2010; 75(4):377-401.
43. Barros JAC. Nuevas tendencias de la medicalización. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):579-587.
44. Huertas MKZ, Campomar MC. Apelos racionais e emocionais na propaganda de medicamentos de prescrição: estudo de um remédio para emagrecer. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):651-662.

45. Soares JCRS. Quando o anúncio é bom, todo mundo compra: o Projeto MonitorAÇÃO e a propaganda de medicamentos no Brasil. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):641-649.

---

Artigo apresentado em 17/03/2013  
Aprovado em 06/04/2013  
Versão final apresentada em 08/04/2013