

# Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación CTS+I

Palacio de Minería del 19 al 23 de Junio de 2006

## Quando a medicina adoece

ELIZABETH TUNES  
INGRID LÍLIAN FUHR RAAD

MESA 2



As condições históricas para a medicalização da sociedade ocidental nasceram com a medicina quando esta, no decorrer dos séculos, adquiriu o poder e a tarefa de legislar e vigiar a vida. Com o advento da ciência moderna, o enraizamento da medicina expandiu-se por todos os espaços e momentos da vida humana, normatizando-a e colocando-se a pretensão de resolver todos os problemas que afligem a vida das pessoas e de transformá-los em questões de ordem biológica.

A medicina ocidental, ao adotar um modo industrial de produção de conhecimento e de poder, regra a vida das pessoas e condiciona-as a padrões, segundo a ideologia de mercado. Essa prática promove a medicalização da vida, das emoções, dos comportamentos, da aprendizagem e das questões sociais. Estabelece regras sobre alimentação, higiene, sexo, exercícios físicos, vestuário, habitação e, inclusive, relações sociais. O discurso genérico aplicado pela medicina a qualquer pessoa baseia-se tanto na invariância biológica do homem como na invariância das relações sociais que presume existir e estabelecer com cada paciente.

O processo de medicalização da sociedade constitui uma ferramenta de controle social por meio da medicina ocidental moderna que, no decorrer dos séculos, desenvolveu não só o estudo das doenças, como também o estudo e a definição da normalidade, das relações do homem com a natureza e com outro homem, enfim, da vida. Da maneira como se dá a medicalização com poder de Estado funda-se o primado ontológico, simétrico, determinado e de mercado, estabelecendo explicações como verdades hegemônicas.

As pessoas passam a ser vistas como corpos e as questões sociais e humanas são transformadas em biológicas. O fato de se considerar tudo o que foge à norma como patológico tem sua origem na medicina, com o advento da clínica, que concebe a pessoa como um corpo, uma máquina com um padrão de funcionamento estipulado por ela e que precisa ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente. Os problemas da vida passam a ser vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. O que foge ao comum, ao conhecido e ao valorizado, o "diferente", provoca estranheza, desconfiança e medo.

A preocupação primordial com a saúde, com os padrões de homem e mulher saudáveis a serem alcançados por todos, está muito presente no dia a dia das pessoas, condicionando suas rotinas. Pacotes de "saúde" são cada vez mais consumidos na busca de possibilidades que corrijam qualquer defeito no corpo e de medicamentos ministrados com o intuito de potencializar a capacidade cognitiva. O controle exercido pela medicina rege padrões de normalidade estatística em sintonia com as normas sociais convencionadas, transformando padrões estatísticos de normalidade em critérios de saúde e doença.

Como afirma Canguilhem (2002), o próprio conceito de normal é normativo, impõe uma experiência a uma existência, uma forma de desvio que a seleção natural conserva. Sendo assim, para se definir o conceito de normal é preciso considerar os conceitos de equilíbrio, de adaptabilidade, o trabalho que o organismo realiza e o meio externo em situação social. O homem normal só sabe que é normal num mundo em que nem todo homem o é. O homem só adocece porque está são. Logo, o homem não é plenamente são. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde. O equilíbrio de poder frear processos de adoecimentos que se iniciam constitui a saúde.

Os padrões normatizados e valorizados sustentam práticas de manipulação ideológica que levam as pessoas a acreditarem na sua incapacidade de comandar seus destinos. De forma a nada ser feito sem a aprovação do médico ou de um outro profissional da saúde. Ao se limitar a autonomia das pessoas, dissipa-se suas possibilidades de fazerem o que podem por si mesmas e pelos outros, como nos fala Illich (1973).

A medicina, como monopólio radical, comanda e conduz a vida na sociedade ocidental, exercendo um domínio sobre as pessoas por meio de consumo da produção industrial médica, com vistas ao controle social exclusivo sobre a satisfação de uma necessidade premente, promovendo a expropriação da saúde. Dessa forma, a doença, a dor e a morte constituem-se, então, em estímulos para a produção de tratamentos, drogas e mercadorias que passam a fazer parte da vida das pessoas (Illich, 1975). A mercantilização dos produtos, das técnicas, dos termos e das expressões médicas promove o consumo de certos tratamentos e terapias legitimados por um racionalismo científico de forma a inibir iniciativas pessoais alternativas. A medicina torna-se um grande organismo vivo, que com uma forma empresarial de se autogerir infiltra-se em todos os espaços sociais, prometendo a cura de todos os males como detentora de um poder inigualável. O médico assume um perfil de gestor, organizador das necessidades e dos auxílios a serem prestados, julgando o que seja prioritário. (Foucault, 2004a)

As origens históricas do processo de medicalização da sociedade ocidental estão no período do século XVIII e início do XIX com o nascimento da *Clínica*<sup>1</sup> - desenvolvimento da medicina européia pelo domínio da experiência e da estruturação de sua racionalidade pelas escolas francesa e inglesa. Antes de toda fé fantasiosa, antes de todo sistema científico, a medicina ocupou lugar estratégico, ao estabelecer relação entre o sofrimento e aquilo que o alivia. (Foucault, 2004a)

A medicina moderna científica - Clínica - ao retomar a anatomia de Morgani passa a explorar um novo espaço: o **corpo**. O desenvolvimento dos conhecimentos reordena-se pela anatomia patológica diante do estudo dos órgãos, dos fatos e das causas pertinentes às alterações visíveis que o estado da doença provoca no organismo do humano. A medicina dos sintomas passa gradativamente a enfocar a busca das causas, com uma prática anatômica do espaço dos órgãos.

O Olhar do médico assume um poder capaz de detectar os acontecimentos singulares que aparecem no corpo assim como de descrevê-los em uma linguagem muito própria, transformando os sintomas em signos. Essa linguagem retrata a verdade observada para apenas poucos entenderem. Um olhar que se silencia em torno do que vê, como afirma Foucault (2004a).

Na experiência anatomoclínica, junção da anatomia e da Clínica, saberes de ordens diferentes, um retratando o espaço geográfico do corpo e o outro a sua história, unem-se sem romper com a experiência de agrupar sintomas e de ordenar doenças. A medicina Clínica cria o mito do Olhar, que visa descobrir os segredos do corpo, mas não busca desvendá-los para o alcance de todos. O olho que tudo vê e fala serve apenas à verdade do médico. A certeza médica sustenta-se na obtenção de observações, sintomas e informações combinatórias probabilísticas que se confundem com a análise dos sintomas ao serem comparados com o conjunto de fenômenos de doenças, tudo isso em busca de singularidades mórbidas.

---

<sup>1</sup> O termo Clínica é empregado ao longo do texto no sentido dado por Foucault em sua obra *O nascimento da Clínica*.

A preocupação em identificar o foco original da patologia e a de relacioná-lo diretamente com a problemática causal conduziu os estudos para análise da doença no interior do corpo e sua história. Transcende, assim, a concepção da doença como fenômeno metafísico que se apodera do corpo. A experiência clínica, ao incluir a morte no universo técnico e conceitual, torna-se um olhar anatomoclínico, marco da medicina ocidental, com características próprias e específicas, conferindo a esse olhar um papel fundamental. O Olhar torna-se absoluto! A doença passa a desempenhar um papel entre a vida e a morte. Compreende-se que o homem pode morrer, por isso adoecer; não o contrário, como se acreditava no passado. "A vida, a doença e a morte constituem uma trindade técnica e conceitual" (Foucault, 2004a, p. 159).

O local do corpo onde a doença manifesta-se é também o espaço de sua causa - reação patológica. A doença, ao passar a ser do espaço e não apenas da visão e dos sintomas, abre caminho para a investigação no corpo, devido ao esforço para definir a fisiologia do fenômeno mórbido. Broussais, com base nas pesquisas de Bichat, afirma que os fenômenos da doença coincidem com os da saúde e diferenciam-se apenas pela intensidade, e que cada superfície orgânica tem sua forma de manifestar sua alteração. Esse princípio torna-se a base sistemática da patologia.

O Olhar do médico repousa, então, no espaço compreendido dos órgãos e percebe o mórbido chegar ao corpo. A doença materializada no corpo, sem existência independente dele, faz-se presente na atualidade. A medicina das doenças passa a ser também a medicina das reações patológicas.

O médico adquire um domínio clínico, assume o poder de conhecer a natureza da doença, de distinguir suas características e diferenças, prever acontecimentos vantajosos e nocivos, aliviar as forças da vida e a atividade dos órgãos e de decidir com segurança entre os métodos de tratamento (Foucault, 2004a).

Surgem no cenário europeu nos séculos XVIII e XIX, necessidades, questões econômicas, sociais e políticas que borbulham e permeiam o desenvolvimento dos estudos científicos. A necessidade da saúde do corpo e da força de produtividade das pessoas adquire reconhecimento do Estado. Com a evolução do capitalismo, a medicina ocidental desenvolve-se tendo como preocupação corpos saudáveis - mão-de-obra produtiva - fluxo comercial e conseqüentemente o fortalecimento do Estado.

As cidades tornam-se lugares para relações comerciais e para produção em virtude das novas indústrias. Por razões de ordem política decorrente de revoltas urbanas por subsistência, do amontoado da população pobre em espaços físicos precários, agrava-se o quadro social. A população pobre é vista como engrenagem da vida urbana e como tal cuida do lixo, das correspondências, da eliminação dos dejetos e do transporte de água. O serviço de assistência à saúde tem em si a idéia de controle das classes pobres e a da proteção das ricas com o propósito de evitar as epidemias, pois acredita-se que a doença se manifesta no seio dos pobres. Separam-se os pobres em bairros isolados por uma questão de preservação da saúde dos ricos.

A população é vista como um corpo que apresenta variáveis não só quanto à riqueza e à casta social, mas também quanto à propensão à morbidade e à capacidade de aprendizagem, de validez (aleijados e deficientes) e de utilidade para o crescimento econômico. Os traços biológicos tornam-se fatores determinantes para a gestão pública de forma medicalizada - espaço purificado, arejado, límpido, para assegurar as condições de saúde e do cumprimento das leis morais.

Sob tal perspectiva, tem início a estatística da natalidade e da mortalidade bem como a verificação do índice de saúde da população. Algumas iniciativas surgem na Europa. Na Alemanha, uma preocupação muito mais social do que científica implanta polícias médicas para acompanhar a morbidade da população, os registros de natalidade e de mortalidade e os fenômenos de epidemias. Já na França e na Inglaterra, o olhar do Estado volta-se mais para o desenvolvimento científico da medicina, com a preocupação voltada a manter os corpos de seus soldados saudáveis. (Foucault, 2004b). O Estado passa a ser tratado e a tratar a população de forma semelhante a um corpo humano, que precisa ser cuidado e protegido de maneira médica e terapêutica, com vistas a extirpar doenças com métodos de assepsia, a eliminar os doentes e a excluir os delinquentes para a manutenção da sua integridade.

O médico recebe, assim, a incumbência de conscientizar a população quanto aos métodos devidos a serem usados para prevenção de doenças e quanto aos princípios morais que devem reger as famílias, base reprodutora dos valores sociais, responsáveis pelo preparo de indivíduos com corpos fortes, saudáveis e úteis (Foucault, 2004b). A família torna-se agente dessa medicalização, não mais como uma instituição formada por laços afetivos e de parentescos, mas como um organismo com obrigações de ordem moral e física (alimentação, amamentação, higiene, exercícios e vestuário) a serem prestadas às crianças para tornarem-se indivíduos adultos maduros e úteis. Paralelamente, são formuladas políticas que tratam dos destinos dos órfãos, com a criação de instituições que se responsabilizam pelos cuidados essenciais da criança até a adolescência, com início da vida produtiva.

Verifica-se que, no percurso histórico da Clínica, a medicina, na atualidade, traz em sua base práticas e crenças dos séculos XVIII e XIX. Adquire posição política de destaque na organização social, dada sua função higienista e seu saber médico-administrativo, que servem de base para a economia social. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas se exerce no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2004b, p.46).

A idéia vigente de corpos sadios e produtivos em uma sociedade capitalista adquire uma função social e política de seletividade e de categorização do que é normal e anormal, do que é sadio e do que é patológico, impondo a meta de normalização biológica da sociedade. Por meio da racionalidade científica são estabelecidas as categorias, reduzindo a vida, a saúde, a doença e a morte à sua biologia.

Para ilustrar as questões abordadas apresentamos a história de duas meninas moças que tiveram suas vidas marcadas pelo diagnóstico médico. O rótulo da deficiência delineou a trajetória de suas vidas como uma fatalidade. Em uma sociedade em que a medicina apóia-se em valores de mercado, há, paradoxalmente, a promoção do adoecimento do homem.

22 de setembro de 1988. Nasce Luíza, às vinte e uma horas, após quase entrar em sofrimento. Na manhã seguinte, o pediatra comunicou à mãe de Luíza, Denise, que sua filha sofrera complicações no parto, apresentando apgar baixo, hipotonia, cianose discreta, apnéia e que não era normal. Informou sobre a necessidade de realizar um exame específico- contagem cromossômica- para verificação da síndrome de Down.

Aperto no peito, falta de ar e uma tempestade confusa de idéias. Pulsa acelerado seu coração. Denise sente-se paralisada. Era como se o tempo tivesse parado, frente à possibilidade de sua filha não ser normal. Medo do desconhecido... Seus sonhos se desfazendo... E a sensação de não se ter o chão sob os pés. O olhar de pena do médico, a convicção nas suas palavras ao se referir à Luíza como uma criança anormal. O que o fazia ter tanta certeza ao afirmar sua crença?

Naquele momento, o encanto se desfez e a semente da medicalização fora lançada. Luíza deixou de ser vista apenas como um bebê engraçadinho para ser olhada como uma criança não normal, um corpo com problemas de saúde, que precisa de cuidados.

Denise afirmava para si e seus familiares que Luíza não tinha a síndrome. As opiniões entre os familiares dividiam-se a respeito. Cada um, de uma forma ou de outra, procurava informações científicas a respeito do possível diagnóstico e livros que informassem sobre o desenvolvimento do bebê.

O exame foi realizado em dois locais diferente. Após trinta dias, Denise recebe o resultado do exame que indicava normalidade. Mesmo assim, toda a atenção dos pais de Luíza voltou-se para os tratamentos, pois apesar de não se identificar uma síndrome, o diagnóstico de anormalidade havia se instaurado. Denise sentia-se dividida. De um lado, não encontrava respostas científicas para as suas inquietações e, de outro, acreditava na capacidade de sua filha.

Os pais de Luíza passaram a observá-la com o olhar de busca do que falta. A preocupação aumentava quando se comparava os registros de Luíza com os de crianças normais. Pequenas diferenças foram aparecendo nas etapas de desenvolvimento, no primeiro ano de vida: firmar a cabeça, sentar com e sem apoio, rolar... Após um ano, a diferença aumentou para quase dois anos o que preocupava Denise. A rotina diária de Luíza foi se transformando em uma agenda de atividades, tratamentos e de atendimentos terapêuticos. Nada era o suficiente. Sempre buscava-se mais e mais procedimentos médicos e diagnósticos.

Luíza era vista como uma criança que tinha problemas e que precisava de atendimento profissional especializado. Os familiares sentiam-se em condições e no direito de tomarem decisões sobre sua vida. Tudo era justificado pelos "problemas" e pela deficiência apontada nas avaliações. O sentimento de "coitadinha" estava sempre presente na família, de forma que tudo era feito para facilitar a vida dela, para que não tivesse trabalho e nem sofresse mal algum.

Por acreditar na capacidade de sua filha de se desenvolver, Denise matriculou-a no ensino regular desde o maternal. Em um período do dia, Luíza ia à escola e, no outro, desenvolvía atividades terapêuticas. Os anos foram passando e os pais de Luíza continuavam buscando caminhos e alternativas para que ela tivesse uma vida mais próxima do normal. Ela aprendeu a andar de bicicleta sem dificuldades, corria, brincava com outras crianças, nadava, subia e descia escadas com apoio, apenas não pulava.

Muitos profissionais de saúde e de educação avaliaram Luíza. Entretanto, o diagnóstico nunca ficou definido, as opiniões variavam bastante, apenas concordavam que ela não teria uma vida como outras crianças normais e não se desenvolveria. Aconselhavam não ter expectativas quanto aos seus progressos.

Mesmo assim, onde ouviam dizer que um profissional despontava-se por seu trabalho, lá estavam Denise e Paulo dispostos a acatar tudo o que fosse necessário pelo atendimento de sua filha. A esperança em conseguir respostas, diagnósticos era insaciável. Era como se estivessem procurando a cura, um "milagre" que transformaria Luíza em uma pessoa normal igual às demais.

A segunda protagonista é Roberta, que nasceu em 9 julho no mesmo ano de Luíza. Nos meses que se seguiram após o seu nascimento, Roberta desenvolveu-se normalmente, correspondendo às etapas e às fases de desenvolvimento, conforme a bibliografia médica.

Tudo ia bem, quando em uma das idas ao pediatra, por volta dos dois meses e meio de idade, é comunicado aos pais de Roberta que ela tinha um sopro no coração e que por isso necessitaria de cirurgia. Tudo indicava ser um quadro de persistência do canal arterial. Carla, sua mãe, sentiu que sua vida havia acabado. A partir desse momento, tudo mudou na rotina desta família.

Angustiada, Carla não conseguia parar de pensar em como a vida virara de “cabeça para baixo”. Foram muitas idas e vindas a vários médicos em busca do diagnóstico, o que provocava angústia, pois os pais de Roberta nada obtiam de orientação e esclarecimentos. O cansaço e o desânimo predominavam, além do sentimento de impotência diante do problema e do receio em pensar que ela pudesse correr risco de vida.

Após percorrerem muitos consultórios, conheceram um cardiologista, que confirmou a suspeita da disfunção - persistência do canal arterial. Esclareceu aos pais de Roberta que se tratava de uma alteração simples, mas que exigia cirurgia. Alertou para o fato de que Roberta não poderia contrair infecção alguma ou pneumonia, pois o quadro se agravaria. Tudo indicava que poderiam esperar até a menina completar dois anos, pois não se tratava de algo urgente. Apesar disso, a preocupação com os cuidados para com Roberta era intensa. O medo com a possibilidade do que viesse a acontecer com sua filha fez com que Carla deixasse de trabalhar e acompanhasse de perto seu desenvolvimento. Os cuidados diários com Roberta tornaram-se uma fixação para Carla. Tinha medo de tudo, temia as conseqüências de um resfriado e de qualquer coisa que sua filha viesse a contrair.

Roberta era uma criança ue se desenvolvia de acordo com o esperado. Mas mesmo assim era vista e tratada como alguém que necessitava de muitos cuidados. A família mudou a sua forma de conviver com ela, tratavam-na como um corpo doente, que precisava de cuidados. Todos preocupavam-se em protegê-la.

Os meses foram se passando e Carla acompanhando o desenrolar dos progressos de Roberta. Realizava atividades de estimulação e exercícios de coordenação. Elaborava periodicamente programa de atividades, que eram realizadas por ela durante o dia e pelo pai, quando chegava do serviço. Por meio de leituras diversas, Carla acompanhava as etapas e as fases que almejava serem cumpridas por Roberta.

Todos os familiares procuravam atender a tudo que Roberta pedisse. Ela foi desenvolvendo-se normalmente e atendendo às expectativas de seus pais. Roberta usou o andador aos 11 meses, quando teve sua primeira pneumonia. Devido à preocupação de sua mãe, a menina não andava descalça, e não brincava no chão, para evitar a friagem. Carla tinha muito medo de quedas. Achava que a menina poderia machucar-se com facilidade, por ser muito magra e pequena. O remédio que Roberta tomava para o coração impedia que ela engordasse.

O fato de Roberta não andar quando completou um ano, deixou Carla muito preocupada. Ela ficava de pé, mas andava segurando no dedo anular da mãe. Após uma tentativa frustrada, pois Carla ao ver sua filha cair ficou desesperada, Roberta passou a não andar mais sozinha. Somente após quatro meses e muitas tentativas passou a andar sem apoio, novamente.

Com um ano e dez meses, ao constatarem aumento do coração, decidiram operá-la. A cirurgia foi marcada e Roberta internada. A cirurgia e o pós-operatório transcorreram normalmente. O médico alertou posteriormente aos pais de Roberta que ela poderia ficar com desvio de postura devido à cirurgia, mas poderia ter uma vida normal. Mesmo assim, era vista como uma criança que necessitava de muitos cuidados.

Roberta apresentou vários quadros de pneumonia em virtude de bronquite, com temperaturas elevadíssimas. Em um dos episódios chegou à temperatura de 42° C, manifestando um quadro convulsivo. Foi atendida no Hospital, mas nada foi detectado como seqüela. O acompanhamento do desenvolvimento de Roberta era feito em função do padrão esperado e desejado.

Quando Roberta foi para escola, observaram que ela apresentava diferenças em seu desenvolvimento em relação a outras crianças. Não participava e aprendia da mesma forma que os demais alunos. Em vista disto, Carla procurou profissionais da área de saúde, terapias e tratamentos para que sua filha se desenvolvesse como as demais crianças normais. Os relatórios das escolas e dos psicólogos informavam que Roberta não teria condições de aprender como as outras crianças, pois apresentava um retardo em seu desenvolvimento. Foram muitas avaliações e diagnósticos em busca de respostas e verdades. Apesar dos diagnósticos não terem sido conclusivos e concordantes, a preocupação em fazer de Roberta uma criança normal centrava suas vidas.

Os dois casos aqui relatados ilustram como, por meio do diagnóstico médico, instaura-se a doença na vida das pessoas. A doença, a dor e a morte tornam-se estímulos para a produção de tratamentos, drogas e mercadorias que passam a fazer parte da vida das pessoas. Os efeitos provocados por essa prática causam, muitas vezes, sofrimentos e também uma nova doença epidêmica, que não se encontra em prontuários médicos e nem nos autos hospitalares - a iatrogênese, como analisa Illich (1975). Essa nova forma epidêmica engloba a ação de outras formas de agentes patogênicos: os procedimentos médicos e clínicos assim como os medicamentos e os serviços hospitalares.

A iatrogênese é uma doença provocada pelo tratamento ministrado conforme regras recomendadas pela profissão e se expressa, segundo Illich (1975), de três formas: a clínica, a social e a estrutural.

A *clínica* é proveniente dos efeitos terapêuticos resultantes da intervenção técnica direta do médico. Ela se desenvolve mediante procedimentos terapêuticos, provocando efeitos secundários que acabam por somar aos que a patologia em si promove. A desresponsabilização - despersonalização dos diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos supervaloriza os procedimentos técnicos da profissão, considerando falhas do campo ético como do campo técnico. O médico passa, assim, a atuar como um técnico que lê o que os exames lhe informam. O homem passa a ser considerado como um objeto de conhecimento científico, que deve acreditar na necessidade de recorrer à medicina moderna estabelecendo-se, assim, um vínculo de dependência e exploração.

Já a *iatrogênese social* é resultante principalmente dos efeitos não desejados e danosos do impacto social da medicina mais do que propriamente de sua ação técnica direta. Ela provoca uma desarmonia entre o indivíduo e o grupo social ao qual está vinculado, que se **organiza sem ele e contra ele**. É o que acontece com o diagnóstico da deficiência que engendra a iatrogênese na vida da pessoa, funcionando como uma ferramenta de condução do seu destino.

A categorização social das pessoas como anormais pelos agentes sociais que detêm poder - educadores, assistentes sociais, médicos, psicólogos - promove o consumo de terapias e tratamentos para suas adequações aos padrões estipulados cientificamente. Os categorizados são considerados inaptos a se responsabilizarem por si próprios e são levados a se submeterem ao serviço médico. Sendo assim, os profissionais de saúde adquirem o direito de intervir na vida das pessoas em nome da saúde. Não basta a pessoa se considerar saudável, é preciso o atestado médico ou o parecer ou o diagnóstico para constatação científica do que se vive. É preciso provar que não há doença alguma. A saúde deixa de ser propriedade da pessoa. Essa forma de iatrogênese é resultante do crescimento das formas de ação médica estranhas à razão da pessoa por meio dos procedimentos médicos. Essas formas heteronômicas vinculam-se ao monopólio radical da medicina, constituindo o exercício da profissão médica.

Como ressalta Illich (1975), a categorização social das fases da vida com formas de condutas e de comportamentos, bem como o consumo terapêutico para cada uma, acaba por classificar os cidadãos em categorias de clientes. O controle social exercido pela medicina deixa a sociedade menos sadia ao inibir a autonomia das pessoas quanto a questões que permeiam suas vidas.

Por fim, a *iatrogênese estrutural* é resultante do impacto psicológico sobre as pessoas diante dos rituais da medicina, em que a dor, a enfermidade e a morte são vistas como empecilhos para obtenção do bem-estar. As pessoas são levadas ao consumo cada vez maior de produtos da instituição médica para adaptação ao meio e às normas sociais. A enfermidade, o sofrimento e a morte são vistos como ameaça para uma vida saudável e interpretados de forma bastante particularizada.

A norma é ter saúde. Entretanto, saúde adquire um status clínico que é o de não ter doença. Assim, a boa saúde toma por base os padrões de normalidade. Entretanto, ao se promover a medicalização da sociedade, reduz-se a capacidade do homem em assumir suas responsabilidades face aos problemas do mundo.

Como ressalta Illich (1975), quanto mais as pessoas pensam que necessitam de serem cuidadas, mais se submetem às normas e à tutela de uma produção médica industrial. O médico assume o papel de representante do corpo social para que as normas sejam cumpridas. Dessa forma, instaura-se a dependência nas pessoas, de forma que elas não se sentem capazes de resolver seus problemas e de enfrentá-los em toda sua plenitude, deixando, assim, de assumir o controle de suas vidas. Por fim, a vida deixa de ter seu significado íntimo e pessoal.

Chama-se, desse modo, a atenção para a necessidade de um fundamento ético das práticas ligadas à ciência e à tecnologia no mundo contemporâneo, de forma que as pessoas deixem de ser vistas como corpos, objetos de conhecimento científico e com valor de mercado para serem, ao invés disso, reconhecidas em sua inteireza.

## Referências Bibliográficas

- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2002.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2004a.
- \_\_\_\_\_. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2004b.
- ILLICH, I. *Convivencialidade*. Publicações Europa-América, Estudos e Documentos nº 116, 1973.
- \_\_\_\_\_. *Expropriação da Saúde - Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.