

Medicalização, risco e controle social*

Myriam Mitjavila

Introdução

Não seria exagero dizer que as preocupações com o cuidado do corpo e da saúde atingiram recentemente um patamar nunca antes registrado nas sociedades modernas. Experimentamos hoje o que Michel Foucault (1976) definira, há mais de três décadas, como *somatocracia*, para fazer referência à centralidade do corpo como alvo da vigilância panóptica do indivíduo e como eixo fundamental das estratégias de gestão biopolítica da população.

Trata-se de um conjunto de fenômenos que vem concitando crescentemente a atenção dos pesquisadores da área das ciências sociais em geral, mas também de cientistas sociais que se debruçam sobre objetos cuja localização teórica e/ou empírica corresponde ao campo da saúde. Esse caráter emergente da centralidade do corpo e da saúde para a existência humana, tanto individual como coletiva, interpelaria, de forma inédita, nosso equipamento intelectual, fundamentalmente epistemológico e teórico, “para que saibamos capturar as novas dinâmicas, as novas configurações e os novos processos do social e da relação entre dinâmicas sociais e saúde” (Cohn, 2013, p. 17).

Inspirada nesse tipo de propósito, a perspectiva aqui adotada para problematizar a conversão do corpo e da saúde em alvos fundamentais do biopoder apoia-se em dois pilares conceituais: o funcionamento do risco como dispositivo biopolítico e a medicalização da vida social. O objetivo deste artigo consiste em

* Este artigo baseia-se em resultados da pesquisa de pós-doutorado desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade de São Paulo, sob a supervisão de Maria Helena Oliva Augusto e com financiamento do CNPq no período de novembro de 2008 a outubro de 2009.

examinar o papel desses elementos nas formas de organização das estratégias e das tecnologias biopolíticas contemporâneas voltadas para a “defesa da sociedade”, isto é, para a preservação ou reprodução de estruturas materiais e simbólicas de caráter sistêmico do ponto de vista social. Em particular, defenderei a tese que afirma a recente emergência de um novo padrão de medicalização da vida social caracterizado pela conversão de um conjunto de comportamentos e situações sociais em objetos do saber médico. Trata-se de comportamentos e situações que tendem a suscitar altos níveis de incerteza e perplexidade sociais, provavelmente como resultado da relativa ineficácia do edifício institucional da sociedade para administrá-los.

As trajetórias recentes da medicalização de certos tipos de crimes e da medicalização de comportamentos socialmente considerados perturbadores ou problemáticos permitem ilustrar a constituição do que se apresentaria como um novo padrão de gestão biopolítica da vida social. O propósito da análise a ser empreendida não responde ao interesse em ressuscitar a clássica sociologia do desvio hoje considerada definitivamente morta por muitos pesquisadores (Grattet, 2011). Trata-se, sim, de um esforço para identificar até que ponto, por que e como o saber médico é convocado para proporcionar respostas sobre a etiologia do crime e de outros desvios normativos e, além disso, como essas respostas biomédicas inserem-se no contexto mais amplo de um novo tipo de racionalidade que organizaria as respostas sociais a certos tipos de ameaças e perigos que escapam aos mecanismos de controle dos esquemas institucionais das sociedades contemporâneas.

O risco como dispositivo biopolítico contemporâneo

A noção de biopoder pode ser considerada parte do núcleo teórico mais potente do legado deixado por Michel Foucault para interrogar a experiência da modernidade. Esse termo foi por ele utilizado para referir-se a uma mesma corrente caracterizada pelo desenvolvimento de duas formas de poder: (1) uma anatomopolítica do corpo, por meio das disciplinas que atravessam a totalidade do tecido social; (2) uma biopolítica da população, centrada em uma grande variedade de controles e intervenções reguladoras do bem-estar, dirigidas à população considerada como corpo-espécie. Por meio de diferentes mecanismos e dispositivos, esse funcionamento bipolar do biopoder consegue “[...] penetrar os corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de maneira cada vez mais global” (Foucault, 1991, p. 130).

No entanto, deve-se concordar com Rabinow e Rose (2006) ao lembrarem que, hoje, o biopoder adota novas feições e significados. As condições que atualmente imprimem caráter político ao substrato biológico do ser humano, tanto no âmbito individual como no populacional, não são certamente as mesmas que suscitaram o ingresso da vida, no que ela mais tem de somático, nos cálculos das intervenções políticas, científicas e técnicas impulsionadas no auge dos sonhos forjados pela razão científica a partir do século XIX.

Com efeito, ao longo do século XX emergiria um novo tipo de racionalidade voltado para a administração política da vida, caracterizado, entre outros aspectos, por um novo modo de articulação entre os polos molar ou populacional e molecular ou microfísico do biopoder. Para Rabinow e Rose, a vertente populacional do biopoder teria perdido força junto com a presença outrora maciça do estado social que caracterizava os modos de intervenção típicos da administração do espaço urbano, da civilização dos costumes e da higienização da vida por meio de políticas de caráter eugênico e preventivo. Como contrapartida, apontam esses autores, surgem novas forças biopolíticas fortemente ancoradas em uma perspectiva molecular da vida humana que, a partir das últimas duas décadas do século XX, teriam encontrado no sequenciamento do genoma humano uma de suas condições de possibilidade. Nesse novo contexto, a identificação de diferenças biológicas entre os indivíduos não responderia nem seria essencialmente funcional a estratégias de desenvolvimento econômico ou de aprimoramento da população. Ao contrário, evidenciariam o aparecimento de novas formas de articulação entre poder, saber e modos de subjetivação, cujo alcance, sem deixar de ser sistêmico, estaria limitado ao horizonte da constituição de identidades biossociais, principalmente nos campos da reprodução biológica, da raça e da medicina genômica.

Embora seja possível concordar com Rabinow e Rose na observação de que as estratégias biopolíticas contemporâneas estariam assumindo rumos e significados diferentes daqueles que Foucault descreveu, não existiriam bases conceituais e/ou empíricas suficientes para sustentar que esse novo perfil do biopoder decorre do enfraquecimento ou da inferiorização de sua vertente molar ou populacional. O perfil de alguns processos recentes de medicalização do crime, por exemplo, sugere tanto a vigência da biopolítica da população como a renovação de suas formas de articulação com estratégias biopolíticas moleculares e disciplinares. Assim, é possível identificar na relativa permanência de estratégias disciplinares baseadas no confinamento prisional ou hospitalar (nos casos de indivíduos que cometeram crimes e são considerados mentalmente insanos) a renovação das estratégias biopolíticas caracterizadas pela

criação de bancos de dados orientados à prevenção e à gestão da criminalidade no âmbito da população.

Assim, o que Feeley e Simon (1992) definiram como “nova penologia” exprimiria o surgimento de uma racionalidade na gestão biopolítica do crime baseada na produção de discursos organizados em torno da ideia de risco (Kemshall, 2006), na priorização da eficiência econômica e política dos mecanismos de gestão e na utilização de instrumentos padronizados de classificação da população em função de critérios de risco de comportamento criminal. No espaço dessa nova penologia, o molar e o molecular são articulados sob um tipo de racionalidade que se apoia fortemente no funcionamento do risco como dispositivo biopolítico.

Até há pouco tempo, as pesquisas de inspiração foucaultiana sobre a problemática do crime tendiam a privilegiar o funcionamento panóptico das instituições de controle, nos moldes do esquema analítico concebido por Foucault em *Vigiar e punir*. Como apontam O'Malley e Hutchinson (2007), essa ênfase nas dimensões anatomopolíticas da gestão da criminalidade poderia obedecer ao caráter relativamente tardio não da pesquisa, mas do desenvolvimento fatural de saberes e estratégias organizadas a partir da lógica do risco como dispositivo biopolítico nessa área¹.

Isso explicaria, em parte, por que nas estratégias contemporâneas de gestão da criminalidade podem ser encontradas sobreposições de formas mais ou menos preservadas de funcionamento dos dispositivos biopolíticos tradicionais (prisão, manicômio) com mecanismos inéditos de produção de saber e de exercício do poder no controle dos indivíduos e das populações. Tais sobreposições tornam-se possíveis porque os dispositivos biopolíticos consistem, como advertiu Foucault (1992), em formações de natureza histórica, o que lhes confere, em cada circunstância, uma função estratégica dominante (Mitjavila, 2002).

Uma das principais funções estratégicas do risco como dispositivo é proporcionar um instrumento para a administração da incerteza e do medo, principalmente com relação à ocorrência de eventos futuros de caráter indesejável. Nesse sentido, o cálculo e a avaliação de riscos em diversas áreas da vida social informam pouco ou nada sobre a presença real de perigos ou ameaças e muito mais sobre as racionalidades, os interesses e os padrões culturais que organizam a percepção e a codificação de tais ameaças e medos em termos de risco (Douglas e Wildavsky, 1982; Giddens, 1995). Assim, como aponta Beck (1997), a linguagem do risco proporciona um instrumento para calcular o que muitas vezes é, na verdade, incalculável por meio de uma sintaxe relativamente

1. Na ótica desses pesquisadores, o caráter relativamente tardio da introdução da lógica do risco nesse campo obedeceria a um conjunto de fatores, entre os quais podem ser considerados a também tardia consolidação de interesses de agentes econômicos (as companhias de seguros, por exemplo) em introduzir os cálculos de risco nos crimes contra a propriedade privada e o perfil das culturas organizacionais e profissionais do campo jurídico-penal, estruturado em torno da lógica da dissuasão e da punição do comportamento criminal e, portanto, avesso à introdução da perspectiva de risco.

uniforme, que permite estabelecer associações entre a exposição a “fatores de risco” e a probabilidade de ocorrência, em um futuro determinado ou indeterminado, de danos ou de eventos considerados indesejáveis do ponto de vista de algum padrão de normalidade.

Nessas propriedades enunciativas das narrativas sobre risco descansa, quiçá, um dos principais atributos do dispositivo: sua versatilidade. De acordo com resultados de pesquisas anteriores (Ayres, 1995; Douglas, 1990; Mitjavila, 2002; Mitjavila e Vecinday, 2011), esse tipo de sintaxe cria condições para transportar toda classe de discursos, viabilizando sua aplicação em diversos contextos espaço-temporais como suporte de também diversas estratégias e projetos políticos (Douglas, 1990; Lupton, 1993; Mitjavila, 2002).

De acordo com a observação pioneira de Castel (1981), a partir do momento em que foram introduzidos recursos informáticos nas tecnologias políticas de gestão de riscos sociais, teve início um verdadeiro processo de mutação das modalidades de gestão do social. Ao se tornarem preventivas, as novas tecnologias começaram a orientar-se, predominantemente, para a identificação de riscos. Os riscos não existem como ameaças concretas, reais; ao contrário, são fabricados por um tipo de conhecimento que é sempre o resultado de cálculos estatísticos e impessoais que visam identificar a probabilidade de ocorrência de eventos indesejáveis.

Dessa forma, multiplicaram-se as possibilidades de criação de novos campos documentais sobre a vida social. Nesse contexto, o dispositivo do risco passa a exibir todo o seu potencial para articular as dimensões molar e molecular das estratégias biopolíticas de gestão do social, a partir da criação de registros capazes de gerir informações que se referem, simultaneamente, ao indivíduo e à população.

Um dos principais efeitos discursivos do funcionamento do risco como dispositivo é a despolitização ou proclamação da morte do social (Rose, 1986). Esse tipo de análise encontra-se em diversas pesquisas que observaram a associação entre o desenvolvimento de sistemas de mapeamento de riscos na área criminal e suas relações com o processo de substituição do paradigma do *welfare* por um paradigma de justiça que enfatiza a responsabilidade e culpabilidade individuais e prioriza a punição em detrimento da reabilitação (O'Malley, 2004; Kemshall, 2006).

Trata-se de uma classe de tecnologia política que inaugura mecanismos inéditos de vigilância e controle para classificar os indivíduos em conflito com a lei do ponto de vista de sua exposição a fatores de risco de recidiva e periculosidade criminais. Ao mesmo tempo, o mapeamento dos riscos funciona como

suporte da aplicação de penalidades e modalidades de tratamento com base em critérios padronizados, proporcionando mecanismos de racionalização de recursos escassos no campo da justiça e da execução penal (Kemshall, 2006). Também aqui o molar e o molecular funcionam de maneira subsidiária, porque o mapeamento de riscos se estrutura a partir de dados obtidos no espaço disciplinar/individual/molecular de sistemas concebidos de acordo com uma lógica biopolítica ou molar. Nesse sentido, pode-se dizer que os discursos e as práticas próprios dos espaços disciplinares e punitivos funcionam como condição de possibilidade para o mapeamento dos riscos (Mitjavila e Vecinday, 2011).

No Brasil, essa modalidade de sistema de mapeamento de riscos encontra-se em fase de implantação. Nessa categoria destaca-se, em função de sua abrangência e objetivos, o Sistema Nacional de Informação Penitenciária (InfoPen). Trata-se de um sistema computacional de registro de informações dos estabelecimentos prisionais e de seu quadro de servidores, dos prontuários dos presos (alimentado pelo monitoramento comportamental dos internos nas áreas de saúde, ensino, atividades ocupacionais e condições do cumprimento de penalidades), dos advogados e dos visitantes dos reclusos em todo o território nacional. Concebido para criar um campo de visibilidade que permita subsidiar as políticas de segurança e as decisões gerenciais no âmbito da execução penal, a partir de 2005 o sistema começou a emitir dados estatísticos e relatórios gerenciais que certamente funcionarão como insumo das práticas discursivas e das estratégias de diversos agentes no campo da gestão da criminalidade².

Até este ponto foram apresentadas algumas dimensões e formas de estruturação do risco como dispositivo biopolítico, fundamentalmente do ponto de vista do seu funcionamento nos processos de gestão da criminalidade. No entanto, muitas dessas características seriam comuns a todos os dispositivos biopolíticos, na medida em que todos estes responderiam a um mesmo padrão de organização do saber e do poder examinados por Foucault (2009) sob a perspectiva da governamentalidade. Esta remeteria a um conjunto consideravelmente amplo de processos que “estão constantemente sofrendo modificações em face de algum problema ou solução recentemente identificado, retendo enquanto isso certos estilos de pensamento e preferências tecnológicas” (Rose, O’Malley e Valverde, 2006, p. 98). Dessa forma, o funcionamento do risco como dispositivo biopolítico corresponderia a um tipo de racionalidade cuja topografia revela a inexistência de fronteiras institucionais e áreas de funcionamento da vida social, uma vez que, como assinala Collier (2011, p. 277), “traz à luz um espaço heterogêneo, constituído através de múltiplas determinações, e não redutível a uma dada forma de conhecimento-poder. Ela é mais adequada

2. Ver portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITE-MID80BA2C74564E461C-8466C963EBAE30C0PTBRIE.htm.

para analisar o processo dinâmico por meio do qual elementos existentes, como técnicas, esquemas de análise e formas materiais, são selecionados e realocados, e através dos quais são formadas novas combinações de elementos”.

Nesse sentido, o funcionamento rizomático dos dispositivos biopolíticos explicaria por que as tecnologias e as estratégias utilizadas pelas instituições de controle social refletem discursos muito mais amplos sobre a ordem moral da sociedade, a partir de uma lógica comum das estratégias e tecnologias políticas que acabam se expandindo para diversas configurações de controle social (Rose, O'Malley e Valverde, 2006; Grattet, 2011).

Ao mesmo tempo, também se pode concordar com Collier (2011) quanto à importância de não ceder à tentação de limitar a análise à contingência de formações biopolíticas específicas em detrimento do desenvolvimento de instrumentos conceituais mais amplos. À luz dessas considerações, o objetivo da seção seguinte é indagar o papel dos processos de medicalização da vida social como dimensão relevante do funcionamento do risco como dispositivo biopolítico.

Risco, medicalização e controle social na contemporaneidade

O termo medicalização é geralmente utilizado nas ciências sociais para descrever e analisar a expansão dos parâmetros ideológicos e técnicos dentro dos quais a medicina produz saberes e intervém em áreas da vida social que, no passado, exibiam um grau maior de exterioridade com relação ao seu domínio (Menéndez, 1985). O acervo de investigação empírica atualmente disponível nessa área mostra como determinadas fases do ciclo vital (Mitjavila e Echeveste, 1994) – desde o nascimento, passando pela gravidez e o climatério, até a velhice – têm se convertido, na ótica da medicina, em fatores de risco (Singer, 1981; Schweda e Pfaller, 2014). As pesquisas apontam ainda como determinados comportamentos na área do consumo – como os referentes ao álcool, às drogas e ao tabaco (Menéndez, 1987; Valverde, 1997) –, atributos individuais para desempenho de papéis – como aptidão para o trabalho, por exemplo (Foucault, 1976) – e, mais recentemente, diversas características inerentes à condição humana – como tristeza (Horwitz, 2007), timidez (Lane, 2006) e masculinidade (Carrara, Russo e Faro, 2009) – transformaram-se em objetos do saber médico.

No que diz respeito às definições do conceito de medicalização, também se observa um panorama diversificado, fundamentalmente no que concerne ao alcance empírico dos objetos que podem ser categorizados como processos de medicalização (Nye, 2003). Essa expansão temática e conceitualmente diver-

sificada dos estudos sobre a questão da medicalização tem conduzido alguns pesquisadores a considerá-la um lugar-comum, um clichê da literatura em ciências humanas e sociais (Rose, 2007). Sem ignorar que essa proliferação de usos da noção de medicalização pode acarretar seu próprio esvaziamento teórico (Davis, 2006), é preciso reconhecer que o conceito de medicalização ainda proporciona uma perspectiva de análise interessante para pesquisar diversas problemáticas sociais entre as quais se encontra a que constitui o foco de interesse do presente trabalho: as relações entre risco, biopolítica e controle social.

As origens dos processos de medicalização da vida social encontram-se estreitamente associadas às funções de controle social que a medicina exerce como área de conhecimento científico-técnico e como profissão. Esse tipo de função foi crucial para o funcionamento dos principais dispositivos biopolíticos que, em diversos contextos, operaram no coração da experiência da modernidade, principalmente a partir do século XIX. Assim, a medicina esteve presente na higienização e moralização do proletariado (Donnangelo, 1979), na medicalização do espaço urbano (Foucault, 2005), na administração da loucura (Harris, 1993), na ortopedia social da pobreza (Boltanski, 1974) e na construção social da família (Donzelot, 1986), para mencionar alguns processos de medicalização em áreas estratégicas da modernização das estruturas sociais e da consolidação dos Estados nacionais.

Esses processos medicalizadores de caráter fundacional já delineavam um campo de objetos e funções do saber médico, classificados por Crawford (1980) de acordo com dois significados: medicalização vinculada à expansão da medicina, apelando a critérios de prevenção, e outra que compreende o papel da medicina na substituição ou na complementação de competências de outras instituições. O primeiro significado indica a ampliação do universo de condições sociais que passam a ser codificadas em termos de saúde e doença, especialmente aquelas vinculadas ao cuidado do corpo e à gestão da vida cotidiana. No momento contemporâneo, a participação do saber médico na modelização dos “estilos de vida saudáveis” ilustra adequadamente esse tipo de processo medicalizador (Lupton, 1993). A segunda acepção de medicalização (Crawford, 1980) diz respeito à intervenção da medicina sobre um amplo repertório de comportamentos caracterizados como desvios normativos, anteriormente localizados nas jurisdições de outras esferas institucionais como o direito e a religião. Para Freidson (1978), o aumento dos comportamentos e atributos codificados e tratados como doenças e anormalidades provocou um generalizado enfraquecimento de sua consideração em termos de crime e de pecado e, simultaneamente, um deslocamento desses objetos do espaço

jurisdicional do direito e da religião para o campo médico-sanitário. A colonização médica dos desvios comportamentais teria exibido, desde suas origens, um caráter estratégico, baseado na focalização precoce de certos tipos de desvio e, conseqüentemente, deixado sob o domínio de outras instituições, o que poderia ser “um resíduo de transgressões essencialmente triviais e escassamente técnicas” (*Idem*, p. 252).

A medicalização de desvios comportamentais geralmente envolve o estabelecimento de relações complexas entre a medicina e outras áreas do edifício institucional da sociedade. Isso significa, em primeiro lugar, que a medicalização do social não responde, apenas, a impulsos endógenos do saber médico, e sim a processos mais amplos que, no contexto deste artigo, foram anteriormente apresentados em termos de estratégias biopolíticas e de seus desenvolvimentos contemporâneos em função da lógica do risco.

Nesse sentido, para que algumas classes de desvios comportamentais sejam medicalizadas é preciso que se deflagre algum processo de problematização social de condições caracterizadas por certos níveis de risco e incerteza e pela inadequação ou, ainda, pela ausência de esquemas institucionais relativamente eficientes do ponto de vista da administração desses desvios. Uma das áreas que melhor ilustra a presença dessas condições é a que corresponde à medicalização do crime.

A medicalização do crime ontem e hoje

Desde suas origens, a psiquiatria tem sido convocada para explicar e intervir na administração de um amplo repertório de comportamentos individuais, caracterizados por representar alguma forma de ameaça à ordem social. O percurso que vai da *manie sans délire* de Pinel, passando pela figura do “criminoso nato” de Lombroso (Darmon, 1991) e a noção de “personalidades psicopáticas” de Kraepelin, até a formulação do “transtorno de personalidade antissocial” como categoria diagnóstica que integra o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)* (American Psychiatric Association, 2014), exprime a maneira como o saber psiquiátrico foi firmando categorias e instrumentos que delineiam os contornos da ingerência médica sobre o controle de um conjunto significativamente amplo de comportamentos socialmente considerados transgressores ou desviantes.

Contemporaneamente, estaríamos mais uma vez assistindo ao retorno da figura do “monstro” que comete crimes – caracterizado por sua profusa violência homicida, não atribuída à doença mental nem à obtenção de vantagens

personais – e que costuma apresentar-se, aos olhos dos agentes dos campos jurídico e médico, como protagonista de comportamentos que fogem aos parâmetros tanto da razão como da loucura e, portanto, de qualquer possível inteligibilidade por parte dos saberes expertos e leigos. Geralmente praticados por indivíduos que parecem “normais” e, em ocasiões, por crianças e adolescentes, esses crimes têm suscitado formas inéditas de incerteza e perplexidade sociais, gerando condições de possibilidade para a emergência de tecnologias políticas de gestão da criminalidade baseadas na referida nova penologia como estratégia de defesa social perante o crime (Kemshall e Wood, 2008).

Hoje, da mesma forma que no fim do século XIX, grande parte da inteligibilidade almejada será procurada na psiquiatria, especialmente na psiquiatria biológica, com a expectativa de que esta encontre na constituição mórbida desses seres as respostas etiológicas que permitam preservar a sociedade e suas instituições de determinados tipos de predadores sociais.

Os processos contemporâneos de medicalização do crime seriam impulsionados tanto por essa nova penologia como por transformações recentes no campo do saber médico. As relações entre ambos os espaços – penológico e médico – são tão estreitas que, seria possível dizer, a penologia contemporânea foi medicalizada na mesma medida em que a medicina se converteu em uma dimensão das tecnologias políticas de controle social³.

Contudo, a observação da trajetória histórica das tecnologias políticas de gestão do crime sugere que se trata de um espaço de interseções instáveis e conflituosas. Assim, por exemplo, nos primórdios da medicalização do crime, a criação de formas específicas de encerro para conter indivíduos considerados simultaneamente loucos e criminosos respondia a um processo mais amplo de produção de respostas sociopolíticas a uma nova configuração dos espaços urbanos do fim do século XIX. Essa configuração era então caracterizada pela emergência de problemáticas inéditas, vinculadas às condições de reprodução da força de trabalho e ao desafio de administrar os problemas associados à pobreza (Machado *et al.*, 1978).

No bojo desses processos, as instituições jurídico-penais albergavam calorosos embates que opunham, de um lado, representantes do liberalismo que sustentavam o princípio do livre-arbítrio e, de outro, um vibrante setor de juristas, criminologistas, médicos-legistas e psiquiatras que, fortemente imbuído do espírito positivista, questionava a existência do livre-arbítrio e promovia a necessidade de colocar limites efetivos à liberdade individual, principalmente quando determinados comportamentos representavam uma ameaça à ordem social (Harris, 1993; Carrara, 2010).

3. Essa relação tão estreita entre os universos médico e jurídico possivelmente teria registros históricos bastante remotos. De acordo com Michel Foucault (2014, p. 54): “Vê-se aí um intrincamento que já é, no século V, na Grécia, que vai ser para toda civilização ocidental, o intrincamento essencial e fundamental: o da medicina e do direito”.

Nesse contexto, a ideia de crime passa a ser colonizada pelo pensamento e pela prática médica. Isso se torna possível mediante um tipo de discurso que começa a desqualificá-lo em sua definição como transgressão à lei, destacando sua existência social como sintoma de perturbações mentais, em função de desvios comportamentais, já não em relação à lei, e sim por referência a normas sociais.

Esse caráter dinâmico dos processos de medicalização compreende o efeito inverso: a desmedicalização (Halfmann, 2012). No Brasil, com a entrada em vigor da Lei n. 10.792/03, a psiquiatria forense foi destituída do exercício de três tipos de exame pericial que vinham sendo aplicados aos internos dos presídios: 1) o exame criminológico; 2) a avaliação do preso quanto à possibilidade de trocar de regime fechado por outro semiaberto; 3) o exame para livramento condicional. Nos três casos, a lei passou a prescindir das arbitragens psiquiátricas, substituindo-as por mecanismos baseados em critérios burocráticos associados ao tempo de cumprimento das penas e à avaliação da periculosidade criminal, de acordo com o comportamento do preso no estabelecimento prisional. Como consequência dessas mudanças consagradas pela lei, a medicina psiquiátrica deixou de ter qualquer classe de ingerência na área da criminalidade não associada à gestão da loucura, preservando suas competências restritas às avaliações forenses de insanidade mental e periculosidade criminal de doentes mentais (Mitjavila, 2010).

De maneira geral, processos de medicalização e desmedicalização de objetos sociais encontram-se fortemente afetados pelo grau de confiança que as instituições sociais depositam no saber médico. No caso mencionado sobre a desmedicalização da avaliação da periculosidade dos presos, incidiram opiniões favoráveis emitidas por influentes juristas que consideraram que a psiquiatria forense não teria competência técnica para julgar a periculosidade criminal (*Idem*).

Isso sugere, portanto, que a autoridade do saber médico não possui caráter estático nem uniforme e que, por outro lado, todo processo de medicalização decorre do reconhecimento da autoridade cultural da medicina. A autoridade cultural se “refere à possibilidade de que certas definições particulares da realidade e certos juízos de significado e de valor prevaleçam como válidos e verdadeiros” (Starr, 1991, p. 28).

A autoridade cultural do saber médico é geralmente invocada quando certos fenômenos escapam aos suportes institucionais de controle social, principalmente no que se refere à arbitragem ou ao julgamento de comportamentos que representam algum tipo de desvio normativo. Um exemplo recente de

atribuição médica de responsabilidade criminal pode ser observado na maneira como a autoridade cultural da psiquiatria permitiu resolver um crime que provocou grande comoção pública.

Em 5 de agosto de 2013, todos os membros da família Pesseghini (composta por um casal de policiais militares, a mãe e a tia da dona de casa, além do filho do casal, um rapaz de 13 anos, portador de fibrose cística) foram encontrados mortos por armas de fogo em sua residência, localizada na Brasilândia, zona norte de São Paulo. Durante o período inicial da investigação policial do crime, a principal hipótese de trabalho da polícia apontava para a autoria do adolescente Marcelo Pesseghini, entre outras hipóteses que acabaram sendo descartadas pela polícia (uma delas indicava que o crime estaria vinculado à atividade profissional da mãe como policial). Possivelmente como consequência do caráter inconclusivo das perícias técnicas realizadas no local do crime, a investigação policial se estendeu por várias semanas sem que se identificassem provas periciais ou testemunhais que permitissem confirmar, perante a opinião pública, a principal hipótese da polícia sobre o crime. Diante desse quadro, foi encomendada ao conhecido e prestigioso psiquiatra forense Guido Palomba uma perícia psiquiátrica *post-mortem*, ou “exame de insanidade mental póstumo retrospectivo”, de Marcelo. O laudo dessa perícia psiquiátrica atribuía a autoria do crime ao adolescente e confirmava, portanto, a hipótese sustentada pela investigação da polícia. Dessa forma, a perícia psiquiátrica conseguiu iluminar o lado mais obscuro do caso: não necessariamente o que de fato ocorreu (algo que, do ponto de vista deste trabalho, não se reveste de nenhum interesse), e sim por que aconteceu. De acordo com a avaliação do perito psiquiatra, o que explicaria a ocorrência de tamanha monstruosidade não teria sido a crueldade ou maldade do parricida, mas sua doença mental. Segundo o resultado da perícia, o autor do crime era portador de “encefalopatia hipóxica”, como resultado de uma crise respiratória provocada pela fibrose cística aos dois anos de idade. Ainda de acordo com o laudo, essa encefalopatia teria provocado um “delírio encapsulado” que o levou a desenvolver ideias violentas e a se sentir um justiceiro tanto no mundo dos *videogames* como na vida real. E, dessa forma, a “verdade” sobre o crime emergiu e o caso foi encerrado (Tomaz, 2013).

Imediatamente após a divulgação do laudo psiquiátrico, as referências a esse caso praticamente desapareceram da mídia. Certamente, a arbitragem psiquiátrica do crime cumpriu algumas de suas funções socialmente mais relevantes: proporcionar inteligibilidade e sentido para um evento insólito, reduzir os níveis de incerteza e perplexidade sociais que o comportamento

aberrante havia suscitado e desonerar estruturas e agentes sociais do peso da responsabilidade pelo crime. Tudo, ou muito disso, graças à autoridade cultural do saber médico.

Periculosidade criminal: modelos etiológicos e tecnologias políticas

A partir das últimas duas décadas do século XX, a questão da periculosidade criminal e, fundamentalmente, o problema de como detectá-la começaram a ganhar espaço no campo da psiquiatria em escala internacional. Ao mesmo tempo, exigências advindas do que no presente artigo foi considerado como “nova penologia” propiciaram o início de um processo de renovação dos instrumentos de avaliação da periculosidade criminal (Mitjavila e Mathes, 2011).

No Brasil, alguns processos de adoção desse tipo de instrumento ainda se encontram em estágios embrionários, mais próximos do exercício acadêmico que da realidade das práticas profissionais dos psiquiatras. Contudo, algumas iniciativas de criação e/ou adaptação de novos instrumentos de avaliação de periculosidade criminal no âmbito nacional estariam sugerindo mudanças nos olhares da psiquiatria em torno da questão.

Um tipo de perspectiva sobre a periculosidade criminal mais atuarial e menos clínica do que no passado começa a manifestar-se na formulação de instrumentos padronizados de avaliação da periculosidade criminal e na substituição da palavra “periculosidade” pelo termo “risco” nesses instrumentos (Mitjavila, 2010).

Dois dos principais instrumentos padronizados de avaliação de risco de comportamento violento são o Historical, Clinical, Risk Management (HCR-20)⁴ e o Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)⁵, os quais se encontram, ainda, em fase de adoção no Brasil (Taborda, 2004; Morana, 2006). Ambos os instrumentos consistem em índices somatórios simples elaborados com escalas de medição de fatores de risco que permitem classificar os indivíduos de acordo com o nível (baixo, médio, alto) de risco de desenvolver comportamento violento como resultado da pontuação obtida em vinte itens.

Com a introdução da ideia de risco e de escalas de medição da periculosidade pode ser observada uma mudança linguística e tecnológica que propicia articulações do saber psiquiátrico com as estratégias contemporâneas mais amplas de gestão biopolítica de riscos. Todavia, a criação dessa classe de instrumentos não representa, necessariamente, ruptura com as formas precedentes de conceber a periculosidade criminal no campo da psiquiatria forense. Envolve, sim, a formalização dos critérios de categorização que, com

4. Instrumento elaborado por Webster *et al.* (1995) e publicado pela Universidade Simon Fraser (Canadá).

5. Escala criada por Robert Hare (1991).

frequência, também podem ser localizados no espaço da psiquiatria clínica, quiçá de forma menos definida ou padronizada. A função primordial do risco como dispositivo biopolítico consiste precisamente em estabelecer os nexos necessários entre os espaços clínico-assistencial e de mapeamento de riscos. Mais uma vez, o molar e o molecular apresentam-se como condição recíproca de existência.

As novas tecnologias de gestão da criminalidade começaram a expandir consideravelmente seu domínio com a introdução da noção de “transtorno mental”. A ideia de transtorno é relativamente inespecífica, porém, suficientemente abrangente para ampliar as fronteiras da normalidade antes estabelecidas pelo clássico conceito de doença. Dessa forma, o conceito de transtorno permite categorizar um universo infinito de comportamentos e atributos individuais como objetos da psiquiatria e, portanto, como fenômenos legitimamente medicalizáveis.

No campo da psiquiatria os transtornos de personalidade são frequentemente definidos como:

[...] perturbações caracterológicas e comportamentais, que se manifestam desde a infância e a adolescência. Com frequência estão associados ao desempenho pessoal e ao relacionamento interpessoal mais amplo, que se traduzem por comportamentos inadequados, tais quais: litígio, desemprego, comportamento violento, acidentes, uso de drogas, suicídio, homicídio, dentre outras condutas que podem ser delituosas (Morana, 2008, p. 27).

Por seu caráter extremamente abrangente e pouco específico, a noção de transtorno representa uma licença psiquiátrica para a medicalização indefinida de comportamentos considerados indesejáveis e sua conversão em alvo de mecanismos e dispositivos de poder (Mitjavila e Mathes, 2012). Essa abertura semântica potencializa uma característica do saber médico amplamente reconhecida na literatura sociológica: o caráter moral dos critérios e categorias utilizados para diferenciar o comportamento normal do anormal (Freidson, 1978).

Nesse sentido, é preciso levar em consideração que o comportamento desviante não existe em si mesmo; sua existência é sempre construída por referência a normas (Menéndez, 1984; Maluf, 2010). Assim, para que um comportamento possa ser medicalizado, é necessário que seja previamente avaliado e classificado de acordo com algum parâmetro de normalidade. E a medicina, sem sombra de dúvidas, tem se convertido em uma gigantesca fábrica de normas sociais.

Por fim, cabe perguntar que classe de compreensão sobre a etiologia dos desvios e das transgressões normativas orienta as estratégias medicalizadoras na contemporaneidade. As pesquisas que têm indagado essa questão tendem a coincidir na observação do predomínio do modelo etiológico “endógeno” (Laplantine, 1991). Trata-se de um tipo de interpretação no qual “[...] a doença é deslocada para o indivíduo e não é mais considerada como uma entidade que lhe é estranha, ela vem, ou, antes, ela parte do próprio interior do sujeito” (*Idem*, p. 78).

Como o próprio Laplantine adverte, nesse tipo de interpretação etiológica a causa da doença é imputada ao próprio indivíduo de acordo com duas grandes variantes:

1. Uma variante somática, e mais precisamente genética, que negligencia a personalidade no que ela tem de singular e atribui a origem aos ascendentes do doente e a doença a um exterior temporal, remetendo ao acaso, ao destino e à fatalidade.
2. Uma variante psicológica (psicodinâmica, behaviorista etc.), que remete à liberdade e à culpabilidade.

O conceito de modelo etiológico é uma ferramenta analítica, e sua virtude reside na possibilidade de servir de meio para descrever e analisar representações sobre saúde e doença que são sempre muito mais complexas, ambíguas e híbridas do que as propriedades que o modelo possa capturar.

A abordagem dos modelos etiológicos dos processos de medicalização dos desvios comportamentais transcende os propósitos do presente trabalho e, assim, exigiria uma análise à parte. Contudo, a maior parte das pesquisas que examinam os processos de medicalização do crime vem registrando conclusões em uma mesma direção: a progressiva atribuição das causas do comportamento criminal ao próprio indivíduo que o protagoniza. Independentemente de essas causas serem atribuídas ao corpo ou à psique, à estrutura genética ou ao inconsciente – em todos os casos, as imputações etiológicas remetem ao domínio individual (Darmon, 1991; Caponi, 2009; Mitjavila e Mathes, 2012). O correlato desse tipo de percepção médica é a desconsideração dos fatores ambientais, e especificamente sociais, na etiologia do comportamento desviante.

Interrogar essas interpretações etiológicas do ponto de vista de suas conexões com o funcionamento dos dispositivos biopolíticos em que se inscrevem delinea, possivelmente, um campo promissor e ainda insuficientemente explorado na área das ciências sociais.

Notas finais

O tipo de racionalidade que organiza as estratégias e as tecnologias biopolíticas nas sociedades contemporâneas estaria conduzindo os processos de medicalização da vida social para um novo patamar de funcionamento. Isso pode ser particularmente observado no caso das estratégias e das tecnologias biopolíticas de gestão do crime, baseadas na priorização de critérios de eficiência econômica e política, na introdução da lógica da avaliação e gestão de riscos, tanto para o indivíduo como para a população, e na medicalização dos comportamentos desviantes.

A análise de algumas dimensões dos processos de medicalização do crime nas sociedades contemporâneas permite extrair algumas conclusões e identificar problemáticas de interesse para o desenvolvimento de pesquisas futuras, especialmente no que concerne à questão da medicalização.

Atualmente, o acervo de estudos e pesquisas sobre a medicalização é enorme e extremamente diversificado no que se refere a domínios empíricos e perspectivas teóricas. Uma proporção significativa dessa produção intelectual caracteriza-se por utilizar o termo medicalização para criticar a expansão do saber e da prática médica, fundamentalmente, do ponto de vista dos seus efeitos iatrogênicos em termos culturais e sociais. Esse seria, a meu ver, o lado mais obscuro da inserção da noção de medicalização nos campos das ciências sociais e da saúde coletiva, porque a sua frequente utilização associada a perspectivas generalizantes e adjetivadoras acaba por lhe imprimir uma função mais ideológica que científica, comprometendo, dessa forma, seu potencial heurístico.

Nesse sentido, seria necessário deslocar a noção de medicalização desse contexto normativo e refletir acerca da sua vigência analítica. Não se trata de redefinir o conceito de medicalização atribuindo-lhe novos significados; fazer isso significaria reproduzir o padrão ideológico de muitos dos usos atuais do termo. A colonização médica do espaço social revela um tipo de processo cuja significação sociológica emerge da tentativa de compreender por que e como ocorre, a que tipos de racionalidades responde e quais seriam suas principais consequências sociais.

A medicalização da vida social envolve um conjunto de processos não uniformes, caracterizados pela presença de um amplo repertório de objetos e narrativas. Assim, por exemplo, o presente artigo apresentou algumas especificidades dos processos de medicalização do crime que não estariam presentes, pelo menos com a mesma intensidade e funções, nos processos de medicalização de outros fenômenos. Ao mesmo tempo, esses processos não seguem uma

trajetória predeterminada e, por isso, a desmedicalização e a remedicalização de objetos, por exemplo, apresentam-se sempre como contingências historicamente possíveis. Portanto, seguindo Conrad (2009), trata-se não de estudar a medicalização da sociedade, mas de observar a medicalização na sociedade, em suas trajetórias e dinamismo.

Talvez o único elemento invariavelmente comum a todos os processos de medicalização da vida social seja a utilização de ideias e critérios médicos para explicar determinados fenômenos sociais e defini-los como problemas médicos e, portanto, como problemas que pertencem ao domínio da medicina científico-técnica. Esse seria, como diria Eliot Freidson (1981), um problema essencialmente sociológico, cuja vigência e potencial analítico podem ser projetados para o campo mais amplo das relações entre ciências sociais e saúde.

Referências bibliográficas

- AMERICAN Psychiatric Association. (2014), *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. Porto Alegre, Artmed.
- AYRES, Ricardo. (1995), *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco.
- BECK, Ulrich. (1997), “La reinención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva”. In: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony & LASH, Scott. *Modernización reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madri, Alianza Editorial.
- BOLTANSKI, Luc. (1974), *Puericultura y moral de clase*. Barcelona, Laia.
- CAPONI, Sandra (2009), “Biopolítica e medicalização dos anormais”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (2): 529-549.
- CARRARA, Sérgio *et al.* (2009), “A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (3): 659-678.
- _____. (2010), “A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil”. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (1): 16-29.
- CASTEL, Robert. (1981), *La gestion des risques: de l'antipsychiatrie a l'apres-psychanalyse*. Paris, Éditions du Minuit.
- COHN, Amélia. (2013), “Ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface”. *Saúde Soc.*, 22 (1). Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100003&lng=en&nrm=i so, consultado em 12/2/2015.
- COLLIER, Stephen J. (2011), “Topologias de poder: a análise de Foucault sobre o governo

- político para além da 'governamentalidade'". *Revista Brasileira de Ciência Política*, 5: 245-284.
- CONRAD, Peter. (1975), "The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior". *Social Problems*, 23 (1): 12-21.
- CONRAD, Peter & SCHNEIDER, Joseph. (1992), *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Filadélfia, Temple University Press.
- CONRAD, Peter & BARKER, Kristin. (2010), "The social construction of illness: key insights and policy implications". *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (supl.): 67-79.
- CRAWFORD, Robert. (1980), "Healthism and the medicalization of everyday life". *International Journal of Health Services*, 10 (3): 365-388.
- DARMON, Pierre. (1991), *Médicos e assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- DAVIS, Joseph. (2006), "How medicalization lost its way". *Society*, 43 (6): 51-56.
- DONNANGELO, Cecilia. (1979), *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades.
- DONZELOT, Jacques. (1986), *A policia das famílias*. Rio de Janeiro, Graal.
- DOUGLAS, Mary & WILDAVSKY, Aaron. (1982), *Risk and culture*. Oxford, Basil Blackwell.
- _____. (1990), "Risk as Forensic Resource". *Daedalus*, 119 (4): 11-16.
- FEELEY, Malcolm & SIMON, Jonathan. (1992), "The new penology: notes on the emerging strategy of corrections and its implications". *Criminology*, 30 (4): 449-474.
- FOUCAULT, Michel. (2014) *Do governo dos vivos*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- _____. (1976), "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educación Médica y Salud*, 10 (2):152-169.
- _____. (1991), *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Cidade do México, Siglo XXI.
- _____. (1992), "Poder-corpo". In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- _____. (2005), *Em defesa da sociedade*. São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (2009), *Segurança, território, população*. São Paulo, Martins Fontes.
- FREIDSON, Eliot. (1978), *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Península.
- GIDDENS, Anthony. (1995), *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona, Península.
- GRATTET, Ryken. (2011), "Societal reactions to deviance". *Annual Review of Sociology*, 37: 185-204.
- HALFMANN, Drew. (2011), "Recognizing medicalization and demedicalization: discourses, practices and identities". *Health*, 16 (2): 186-213.
- HARE, R. (1991), *The revised psychopathy checklist*. Toronto, Multi-Health Systems.

- HARRIS, Ruth. (1993), *Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fim de siècle*. Rio de Janeiro, Rocco.
- HORWITZ, Allan V. & WAKEFIELD, Jerome C. (2007), *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford, Oxford University Press.
- KATZ, Janet & ABEL, Charles. (1984), "The medicalization of repression: eugenics and crime". *Contemporary Crises*, 8 (3): 227-241.
- KEMSHALL, Hazel. (2006), "Crime and risk". In: TAYLOR-GOOPY, Peter & ZINN, Jens (orgs.). *Risk in social science*. Oxford, Oxford University Press.
- KEMSHALL, Hazel & WOOD, Jason. (2008), "Risk and public protection: responding to involuntary and 'taboo' risk". *Social Policy & Administration*, 42 (6): 611-629.
- LANE, Christopher. (2006), "How shyness became an illness: a brief history of social phobia". *Common Knowledge*, 12 (3): 388-408.
- LAPLANTINE, Françoise. (1991), *Antropologia da doença*. São Paulo, Martins Fontes.
- LUPTON, Deborah. (1993), "Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health". *International Journal of Health Services*, 23 (3): 425-435.
- MACHADO, Roberto *et al.* (1978), *Danação da norma*. Rio de Janeiro, Graal.
- MALUF, Sônia Weidner. (2010), "Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais". In: MALUF, Sônia Weidner & TORNQUIST, Carmen Susana (orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Letras Contemporâneas.
- MARK, Vernon H. *et al.* (1967), "Role of brain disease in riots and urban violence". *Journal of the American Medical Association*, 201 (11): 895.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1985), "El modelo médico dominante y las posibilidades de los modelos antropológicos". *Desarrollo Económico*. 24 (96): 593-604.
- _____. (1987), "Estratificación social y condiciones de morbimortalidad: algunas reflexiones sobre la crisis y la recuperación teórica de esta relación". *Desarrollo Económico*, 27 (105): 87-106.
- MITJAVILA, Myriam. (2002), "O risco como recurso para a arbitragem social". *Tempo Social*, 14 (2): 129-145.
- _____. (2010), "Medicalização do crime: olhares e estratégias da psiquiatria forense na avaliação da periculosidade criminal". In: CAPONI, Sandra *et al.* (orgs.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça, Editora Unisul.
- MITJAVILA, Myriam & ECHEVESTE, Laura. (1994), "Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade". In: COSTA, Albertina de Oliveira & AMADO, Tina (orgs.). *Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo, Fundação Carlos Chagas/Editora 34.
- MITJAVILA, Myriam & VECINDAY, Laura. (2011), "El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social". In: LORENTE, Belén (org.). *Transformaciones*

- del estado social: perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*. Buenos Aires, Miño y Dávila.
- MORANA, Hilda. (2008), *Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial*. Tese de doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- MORANA, Hilda *et al.* (2006), “Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (supl. 2): 74-79.
- NELKIN, Dorothy & TANCREDI, Laurence. (1989), *Dangerous diagnostics: the social power of biological information*. Nova York, Basic Books.
- NYE, Robert A. (2003), “The evolution of the concept of medicalization in the late Twentieth Century”. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39 (2): 115-129.
- O’MALLEY, Pat. (2004), *Risk, uncertainty and government*. Londres, Glasshouse/Cavendish.
- O’MALLEY, Pat & HUTCHINSON, Steven. (2007), “Reinventing prevention: why did ‘crime prevention’ develop so late?”. *British Journal of Criminology*, 47 (3): 373-389.
- ROSE, Nikolas. (1996), “The death of the social? Re-figuring the territory of government”. *Economy and Society*, 25 (3): 327-328.
- _____. (2007), “Beyond medicalisation”. *The Lancet*, 369 (9562): 700-702.
- ROSE, Nikolas & RABINOW, Paul (2006), “O conceito de biopoder hoje”. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, 24: 27-57.
- ROSE, Nikolas *et al.* (2006), “Governmentality”. *Annual Review of Law and Social Sciences*, 2: 83-104.
- SCHWEDA, Mark & PFALLER, Larissa. (2014), “Colonization of later life? Laypersons ‘and users’ agency regarding anti-aging medicine in Germany”. *Social Science & Medicine*, 118: 159-165.
- SCOTT, Susie. (2006), “The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness”. *Sociology of Health & Illness*, 28 (2): 133-153.
- SIMON, Jonathan. (2007), *Governing through crime: how the war on crime transformed American democracy and created a culture of fear*. Oxford, Oxford University Press.
- SINGER, Paul. (1981), *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- STARR, Paul. (1991), *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Cidade do México, Fondo de Cultura Económica.
- TABORDA, José G. (2004), “Exame pericial psiquiátrico”. In: TABORDA, José G. *et al.* (orgs.). *Psiquiatria forense*. Porto Alegre, Artmed.
- TOMAZ, Kleber. (2013), “Laudo aponta doença mental e compara filho de PMs a Dom Quixote”. Disponível em g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/09/laudo-aponta-doenca-mental-e-compara-filho-de-pms-dom-quixote.html, consultado em 12/2/2015.

VALVERDE, Mariana. (1997), "Slavery from within': the invention of alcoholism and the question of free will". *Social History*, 22 (3): 251 -268.

WEBSTER, C. D. *et al.* (1995), *The HCR-20 scheme: the assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, Simon Fraser University/British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.

Resumo

Medicalização, risco e controle social

O artigo examina as relações entre o funcionamento do risco como dispositivo biopolítico e os processos de medicalização de comportamentos desviantes nas sociedades contemporâneas. Analisam-se algumas estratégias e tecnologias biopolíticas de medicalização do crime e da periculosidade criminal, do ponto de vista do papel do risco como elemento articulador das dimensões microfísica e biopolítica da medicalização da vida social e das conexões entre saber médico e controle social.

Palavras-chave: Medicalização; Risco; Biopolítica; Psiquiatria; Crime.

Abstract

Medicalization, risk and social control

The article examines the relationships between the functioning of risk as a biopolitical device and the medicalization of deviant behavior in contemporary societies. It presents an analysis of various biopolitical strategies and technologies related to the medicalization of crime and criminal behaviour from the viewpoint of the role that risk plays in interconnecting the microphysical and biopolitical dimensions of the medicalization of social life, along with the connections between medical knowledge and social control.

Keywords: Medicalization; Risk; Biopolitics; Psychiatry; Crime.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015015>.

Texto enviado em 12/2/2015 e aprovado em 13/3/2015.

Myriam Mitjavila é socióloga, professora do Departamento de Serviço Social e do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições (Neepi) e editora-chefe do periódico *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*. E-mail: myriammitjavila@gmail.com.

